

AngehörigeName
Telefon

AngehörigeName
Telefon

Ich (bzw.
gesetzlicher
Vertreter)

aktualisiert
am

durch

Unterschrift

Vorname

Nachname

Geb.-Datum

Straße &
Haus Nr.

Postleitzahl/
Ort

Kranken-
kasse
Vers. Nr.

Hausarzt
Telefon

Kranken-/
Hauspflege
Telefon

*Foto***Medizinische Notrufnummern**Ärztlicher Bereitschaftsdienst **141**Rettung **144**Apotheken Notruf **1455**Telefonische Gesundheitsberatung **1450**Euronotruf **112**

Infos für den Rettungsdienst

**SOS
NOTFALL-GLAS**salzburger
bildungswerk
gemeindeentwicklung**Erste-Hilfe-Pass**
für medizinische Notfälle

