**Notfallkarte**

**Überschrift**

Notfallkarte

**Name**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Notfallkontakte**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medizinische Infos**

Allergien, Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_