

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

Name m w
Geschlecht

Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Allg. Geb.-Kl. Sonder Geb.-Kl. Selbstzahler

Klin. Hinweis
bzw. Diagnose

Notfallplan für krisenhafte Situationen zu Hause

Aktuelles Gewicht: _____

Medikamente und Verabreichungsform	Indikation	Dosis in mg/kg/KG	max. Tagesdosis	Verabreichungsintervall

Plan erstellt von _____

Ort, am _____

Unterschrift Ärztin/ Arzt _____

AllgemeinmedizinerIn/ Kinderärztin/ -arzt _____

Telefonnummer _____