

EMERGENCY PASSPORT



NAME

GEBURTSDATUM
DATE OF BIRTH

NATIONALITÄT
NATIONALITY

ALLERGIEN
ALLERGIES

CHRONISCHE KRANKHEITEN
CHRONIC ILLNESSES

ORGANSPENDER
ORGAN DONOR

JA / YES NEIN / NO

BLUTGRUPPE
BLOOD TYPE

REGELMÄßIGE MEDIKAMENTE
REGULAR MEDICATION

UNVERTRÄGLICHKEITEN
INTOLERANCES

HAUSARZT
FAMILY DOCTOR

NOTFALLKONTAKT
EMERGENCY CONTACT

FIRMENHOTLINE
COMPANY HOTLINE