

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum	Präparat + Ch.-B.

**Medikamentöse
Langzeitbehandlung**

Datum	Präparat + Ch.-B.

Vermerke: _____

**Besondere Anfälligkeiten/
chronische Erkrankungen**

Chronische Organleiden ja nein

Welche _____

Dialysebehandlungen ja nein

Bluter (Hämophilie) ja nein

Glaukom ja nein

Asthma ja nein

Diabetes ja nein

Krämpfe/Nervenleiden ja nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein

Welche _____

Allergien ja nein

Welche _____

Operationen, andere Risikofaktoren: _____

Blutgruppe und Rh-Faktor:

Blutgruppe und Rh-Faktor werden bei jedem Notfall neu bestimmt!

Bemerkungen / Sonstiges

Datum _____ Stempel, Unterschrift des Arztes _____

Aus Liebe zum Kind

