

## Notfallliste / Notfallausweis

Ich heiße \_\_\_\_\_  
und habe Morbus Crohn / Colitis ulcerosa

Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich nehme folgende Medikamente ein: 

Die Dosierung ist:

Medikamentenname	Dosierung

Ich habe folgende Allergien / Vorerkrankungen  
\_\_\_\_\_

Ich habe  keinen Organspendeausweis  
 einen Organspendeausweis



Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Impfungen: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Gastroenterologe / Behandlungszentrum: 

Personalausweisnummer: \_\_\_\_\_

Bitte verständigen Sie im Notfall (Name): 

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Weitere Notizen: \_\_\_\_\_