

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
 einen Organspendeausweis



Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Blutgruppe: _____

Impfungen: _____

Hausarzt: _____

Gastroenterologe / Behandlungszentrum:



Personalausweisnummer: _____

Bitte verständigen Sie im Notfall (Name):



Telefonnummer: _____

Weitere Notizen: _____