

Persönliche Daten / Personal data / Données personnelles

Name / Vorname Name / surname Nom / prénom	
Geburtsdatum Date of birth Date de naissance	
Wohnort und Straße Place of residence / street Adresse / rue	
Hausarzt / Telefon Family doctor / fone Médecin de famille / téléphone	
Heimat-Krankenhaus / Telefon Home hospital / fone Hopital traitant / téléphone	
Krankenkasse / Telefon Health insurance / fone Caisse-maladie / téléphone	
Versicherung (Policen-Nr.) / Telefon Insurance (police No.) / fone Assurance (n° de police) / téléphone	

Im Notfall zu verständigen : (Angehörige / Arbeitgeber – Name, Adresse, Telefon)
Contact in an emergency: (dependants / employer – name, adress, fone)
Personne à contacter en cas d'urgence: (parents / employer – nom, adresse, téléphone)

Ärztliche Daten / medical data / informations médicales

Grund- und Vorerkrankungen Present and past diseases Maladie préexistante et antécédants	
Aktuelle Diagnose / Therapie Current diagnosis / therapy Diagnostic actuel / thérapie	
Medikation : Wirkstoff / Dosierung Medication : Agent / dosage Médication: principe actif / dosage	1. _____ mg __ - __ - __ 2. _____ mg __ - __ - __ 3. _____ mg __ - __ - __ 4. _____ mg __ - __ - __ 5. _____ mg __ - __ - __
Lebenswichtige Medikamente Vital mediaction Medicaments indispensables	
Allergien / Risiken Allergies / risks Allergies / risques	
Impfungen mit Datum Vaccinations with date Vaccins avec date	

Bitte Rückseite beachten / attention on back side / attention sur la derrière

Ich habe meinem Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden und bin mit der Weitergabe meiner Erkrankungsdaten einverstanden.

I have released my doctor from his duty of professional discretion and agree to the disclosure of my medical data.

Je degage mon médecin du secret médical et je donne mon accord pour qu'il communique les informations médicales me concernant.

**Ort / Datum
Place / date
Lieu / date**

**Unterschrift
Signature
signature**

Name / Telefon des ausstellenden Arztes
Name and phone number of the issuing physician
Nom et n° de téléphone du médecin ayant
établi le présent carnet

Datum und Unterschrift / Stempel
Date and signature / seal
Date et signature / cachet

Hinweis:

Bitte nehmen Sie auch Ihr gelbes Impfbuch mit auf die Reise.

Es ist wie der Patienten-Ausweis dreisprachig angelegt und kann von jedem Arzt gelesen werden.

© by vitanet.de 2010

<http://www.vitanet.de>

vitapublic GmbH
Ganghoferstr. 68
80339 München