

Notfallkarte von:

Sektion Rätia
Schweizer Alpen-Club SAC
Club Alpin Suisse
Club Alpino Svizzero
Club Alpin Svizzer



Bei Notfall zu benachrichtigen:

Person 1: _____

Telefon: _____

Person 2: _____

Telefon: _____

Mein Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Notfallkarte von:

Sektion Rätia
Schweizer Alpen-Club SAC
Club Alpin Suisse
Club Alpino Svizzero
Club Alpin Svizzer



Bei Notfall zu benachrichtigen:

Person 1: _____

Telefon: _____

Person 2: _____

Telefon: _____

Mein Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Notfallkarte von:

Sektion Rätia
Schweizer Alpen-Club SAC
Club Alpin Suisse
Club Alpino Svizzero
Club Alpin Svizzer



Bei Notfall zu benachrichtigen:

Person 1: _____

Telefon: _____

Person 2: _____

Telefon: _____

Mein Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Notfallkarte von:

Sektion Rätia
Schweizer Alpen-Club SAC
Club Alpin Suisse
Club Alpino Svizzero
Club Alpin Svizzer



Bei Notfall zu benachrichtigen:

Person 1: _____

Telefon: _____

Person 2: _____

Telefon: _____

Mein Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Notfallkarte von:

Sektion Rätia
Schweizer Alpen-Club SAC
Club Alpin Suisse
Club Alpino Svizzero
Club Alpin Svizzer



Bei Notfall zu benachrichtigen:

Person 1: _____

Telefon: _____

Person 2: _____

Telefon: _____

Mein Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Notfallkarte von:

Sektion Rätia
Schweizer Alpen-Club SAC
Club Alpin Suisse
Club Alpino Svizzero
Club Alpin Svizzer



Bei Notfall zu benachrichtigen:

Person 1: _____

Telefon: _____

Person 2: _____

Telefon: _____

Mein Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Notfallkarte von:

Sektion Rätia
Schweizer Alpen-Club SAC
Club Alpin Suisse
Club Alpino Svizzero
Club Alpin Svizzer



Bei Notfall zu benachrichtigen:

Person 1: _____

Telefon: _____

Person 2: _____

Telefon: _____

Mein Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Notfallkarte von:

Sektion Rätia
Schweizer Alpen-Club SAC
Club Alpin Suisse
Club Alpino Svizzero
Club Alpin Svizzer



Bei Notfall zu benachrichtigen:

Person 1: _____

Telefon: _____

Person 2: _____

Telefon: _____

Mein Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Medizinische Angaben (Krankheiten, Allergien):

Lebenswichtige Medikamente:

Patientenverfügung: ja nein

Medizinische Angaben (Krankheiten, Allergien):

Lebenswichtige Medikamente:

Patientenverfügung: ja nein

Medizinische Angaben (Krankheiten, Allergien):

Lebenswichtige Medikamente:

Patientenverfügung: ja nein

Medizinische Angaben (Krankheiten, Allergien):

Lebenswichtige Medikamente:

Patientenverfügung: ja nein

Medizinische Angaben (Krankheiten, Allergien):

Lebenswichtige Medikamente:

Patientenverfügung: ja nein

Medizinische Angaben (Krankheiten, Allergien):

Lebenswichtige Medikamente:

Patientenverfügung: ja nein

Medizinische Angaben (Krankheiten, Allergien):

Lebenswichtige Medikamente:

Patientenverfügung: ja nein

Medizinische Angaben (Krankheiten, Allergien):

Lebenswichtige Medikamente:

Patientenverfügung: ja nein