

Patientenausweis
 Medical Card
 Carte de santé

Datum der Ausstellung / date of issue / date de délivrance

Persönliche Daten / Personal data / Données personnelles	
Name / Vorname Surname / First name Nom / prénom	
Geburtsdatum Date of birth Date de naissance	
Adresse Address Adresse	
Hausarzt / Telefon Family doctor / telephone Médecin traitant / téléphone	
Krankenkasse / Telefon Health insurance / Telephone Caisse-maladie / téléphone	
Im Notfall zu verständigen: Emergency contact: À contacter en cas d'urgence :	

Grund- und Vorerkrankungen Present and past diseases Maladies présentes et passées	
Diagnose Diagnosis Diagnostic	
Medikation : Wirkstoff / Dosierung Medication: Agent / dosage Médication : principe actif / posologie	
Allergien / Risiken Allergies / risks Allergies / risques	

Bitte Rückseite beachten / Please turn over / Tournez s.v.p.

Patientenausweis

Medical Card

Carte de santé

Datum der Ausstellung / date of issue / date de délivrance

Für Notfälle habe ich meinen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber weiterbehandelnden Ärzten entbunden und bin mit der Weitergabe meiner Erkrankungsdaten einverstanden.

In case of emergency I have released my attending physician from medical confidentiality towards other physicians and consent to the disclosure of my medical data.

En cas d'urgence je délève le médecin qui me soigne du secret médical et je donne mon accord à la communication de mes données médicales à d'autres médecins.

Ort / Datum**Place / date****Lieu / date****Unterschrift****Signature****signature**

Name / Telefonnummer des behandelnden Arztes
Name and telephone number of the attending physician
Nom et numéro de téléphone du médecin soignant

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

Ein Service der:

Octapharma GmbH

Elisabeth-Selbert-Str. 11

40764 Langenfeld

www.octapharma.de