

Ergänzende ärztliche Angaben zu den medizinischen Risikofaktoren

Additional medical comments on factors of risk

Remarques additionnelles du médecin concernant les facteurs de risque médicaux

Ärztliche Vermerke über medizinische Risikofaktoren
Medical comments on factors of risk

Remarques du médecin concernant les facteurs de risque médicaux

Zutreffendes ankreuzen und erläutern

Please mark and explain as appropriate

Marquer d'une croix la mention valable et expliquer

- Allergien/Unverträglichkeiten, allergies/incompatibilités, allergies/incompatibilités
- Diabetes/diabetes/diabète
- Anfalls- oder Nervenleiden/attacks or nervous disease/attaques ou maladies nerveuses
- Zustand nach schweren Operationen/previous serious operations/état après opérations difficiles
- Chronische Organleiden/chronic organic diseases/maladies organiques chroniques
- Zustand nach Herzinfarkt/previous myocardial infarction/état après infarctus du myocarde
- Herzschrittmacher/Heart-pacemaker/simulateur cardiaque
- Dialysebehandlung/dialytic treatment/traitement dialytique
- Hämophilie/haemophilia/hémophilie
- Glaukom/glaucoma/glaucome
- Transplantation/greffe

Ergänzende ärztliche Angaben zu den medizinischen Risikofaktoren

Additional medical comments on factors of risk

Remarques additionnelles du médecin concernant les facteurs de risque médicaux

Ärztliche Vermerke über medizinische Risikofaktoren
Medical comments on factors of risk

Remarques du médecin concernant les facteurs de risque médicaux

Zutreffendes ankreuzen und erläutern

Please mark and explain as appropriate

Marquer d'une croix la mention valable et expliquer

- Allergien/Unverträglichkeiten, allergies/incompatibilités, allergies/incompatibilités
- Diabetes/diabetes/diabète
- Anfalls- oder Nervenleiden/attacks or nervous disease/attaques ou maladies nerveuses
- Zustand nach schweren Operationen/previous serious operations/état après opérations difficiles
- Chronische Organleiden/chronic organic diseases/maladies organiques chroniques
- Zustand nach Herzinfarkt/previous myocardial infarction/état après infarctus du myocarde
- Herzschrittmacher/Heart-pacemaker/simulateur cardiaque
- Dialysebehandlung/dialytic treatment/traitement dialytique
- Hämophilie/haemophilia/hémophilie
- Glaukom/glaucoma/glaucome
- Transplantation/greffe

Medikamentöse Langzeitbehandlung

Medical long-term therapy

Traitement médicamenteux à long terme

Bei Langzeitbehandlung bitte Medikament & Dosierung angeben

In case of long-term therapy please indicate medication and dose

En case de traitement prolongé prière de spécifier le médicament et la dose

Medikamentöse Langzeitbehandlung

Medical long-term therapy

Traitement médicamenteux à long terme

Bei Langzeitbehandlung bitte Medikament & Dosierung angeben

In case of long-term therapy please indicate medication and dose

En case de traitement prolongé prière de spécifier le médicament et la dose

Notfall Ausweis Emergency Certificate

Certificat pour des cas d'urgence



Herausgegeben vom
MoKiPa medical
Tharmanstraße 25
59073 Hamm
info@mokipa.de
www.mokipa.de



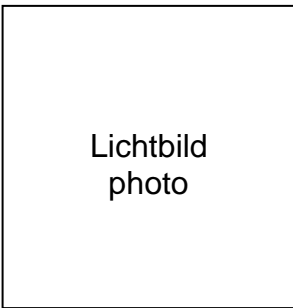
Notfall Ausweis Emergency Certificate

Certificat pour des cas d'urgence



Herausgegeben vom
MoKiPa medical
Tharmanstraße 25
59073 Hamm
info@mokipa.de
www.mokipa.de





Im Notfall zu benachrichtigen
In an emergency please inform
En case d'urgence prière d'informer

Name/Name/Nom

Anschrift/Adress/Adresse

Telefon (mit Vorwahl)/Telephon No., incl. Call prefix/ Téléphone (avec numéro de présélection)

Name/Name/Nom

Anschrift/Adress/Adresse

Telefon (mit Vorwahl)/Telephon No., incl. Call prefix/ Téléphone (avec numéro de présélection)

Im Notfall zu benachrichtigen
In an emergency please inform
En case d'urgence prière d'informer

Name/Name/Nom

Anschrift/Adress/Adresse

Telefon (mit Vorwahl)/Telephon No., incl. Call prefix/ Téléphone (avec numéro de présélection)

Name/Name/Nom

Anschrift/Adress/Adresse

Telefon (mit Vorwahl)/Telephon No., incl. Call prefix/ Téléphone (avec numéro de présélection)

Telefon (mit Vorwahl)/Telephon No., incl. Call prefix/ Téléphone (avec numéro de présélection)

Blutgruppe & Rh Faktor
Blood group and Pheusus factor
Groupe sanguin et facteur RH

A B O RH-pos (D+)/Rh-neg (D-)

Rh-positiv bzw. Rh-negativ wörtlich eintragen
Write in full „Rh-positive“ or Rh-negative“
Indiquer en toutes lettres “Rh-positif” ou “Rh-negatif”

Rh-Formel
Rh formula
Formule Rh

Antikörper/Antibodies/Anticorps

Datum Date Unterschrift des Arztes
Signature of physician
Signataire du médecin

Stempel des Arztes/Stamp of physician/Cachet du médecin

Blutgruppe & Rh Faktor
Blood group and Pheusus factor
Groupe sanguin et facteur RH

A B O RH-pos (D+)/Rh-neg (D-)

Rh-positiv bzw. Rh-negativ wörtlich eintragen
Write in full „Rh-positive“ or Rh-negative“
Indiquer en toutes lettres “Rh-positif” ou “Rh-negatif”

Rh-Formel
Rh formula
Formule Rh

Antikörper/Antibodies/Anticorps

Datum Date Unterschrift des Arztes
Signature of physician
Signataire du médecin

Stempel des Arztes/Stamp of physician/Cachet du médecin

Tetanus-Immunisierung (aktiv oder passiv)
Tetanus Immunisation (active or passive)
Immunisation tétanique (active ou passive)

Datum Date Impfstoff- bzw. Serummenge/ Dosis Dose of vaccine &/or serum quantité du vaccin resp. du sérum/ dose Unterschrift & Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

Serum-Injektionen/Serum injections/Séro-injections

Datum Date Art/Type (Diphtherie ec./Diph-teria etc. diphtéerie/chevaline etc. *) Einheit/unit/unité Herkunft Origin (Pferd,Rind horse,bovine etc. bovine) Dosis E *) ml Unterschrift & Stempel des Arztes Signature & stamp of physician Signature et cachet du médecin

Tetanus-Immunisierung (aktiv oder passiv)
Tetanus Immunisation (active or passive)
Immunisation tétanique (active ou passive)

Datum Date Impfstoff- bzw. Serummenge/ Dosis Dose of vaccine &/or serum quantité du vaccin resp. du sérum/ dose Unterschrift & Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

Serum-Injektionen/Serum injections/Séro-injections

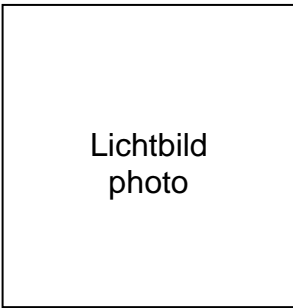
Datum Date Art/Type (Diphtherie ec./Diph-teria etc. diphtéerie/chevaline etc. *) Einheit/unit/unité Herkunft Origin (Pferd,Rind horse,bovine etc. bovine) Dosis E *) ml Unterschrift & Stempel des Arztes Signature & stamp of physician Signature et cachet du médecin

Name, Vorname/name,first name/Nom, Prénom

Geburtsdatum/date of birth/date de naissance

Wohnort & Straße/residence/domicile et adresse

Nr. Des Personalausweises oder des Reisepasses
Number of identity card or passport
Numéro de la carte d'Identité ou du passeport



Name, Vorname/name,first name/Nom, Prénom

Geburtsdatum/date of birth/date de naissance

Wohnort & Straße/residence/domicile et adresse

Nr. Des Personalausweises oder des Reisepasses
Number of identity card or passport
Numéro de la carte d'Identité ou du passeport