

Für Notfälle habe ich meine(n) behandelnde(n)
Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht
gegenüber weiterbehandelnden Ärztinnen/
Ärzten entbunden und bin mit der Weitergabe
meiner medizinischen Daten einverstanden.

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

Datum, Unterschrift / Date, signature

Octapharma GmbH
Elisabeth-Selbert-Straße 11
40764 Langenfeld
info.de@octapharma.com
www.octapharma.de



octapharma

Patientenausweis Medical Card

octapharma

Name / Surname:

Vorname / First name:

Geburtsdatum / Date of birth:

Adresse / Address:

Telefonnummer / Telephone number:

Im Notfall zu verständigen / Emergency contact:

Diagnose / Diagnosis (ICD-10):

Medikation / Medication:

Begleiterkrankungen / Additional diseases:

Allergien, Risiken / Allergies, risks:

Behandelnde(r) Ärztin/Arzt Attending physician

Name / Name:

Adresse / Address:

Telefonnummer / Telephone number:

E-Mail / email:

Fax / Fax:

Datum, Unterschrift / Date, signature:
