

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.

Ort, Datum, Unterschrift / Place, date, signature

Ein Service der:
Octapharma GmbH
Elisabeth-Selbert-Str. 11
40764 Langenfeld



Patientenausweis Medical Card

octapharma
For the safe and optimal use of human proteins

Name / Surname:

Vorname / Firstname:

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:

Behandelnder Arzt
Attending physician

octapharma
For the safe and optimal use of human proteins

Name / Name:

Adresse / Address:

Telefonnummer / Telephone number:

E-Mail / E-mail:

Fax / Fax:

Ort, Datum, Unterschrift / Place, date, signature: