



Emergency Card

Name:

Geburtstag:

Adresse:

Wohnort:

1.Kontaktperson im Notfall:

Telefonnummer im Notfall:

2.Kontaktperson im Notfall:

Telefonnummer im Notfall:

Organspender ? bitte **X**: ja nein

*Reit- und Fahrverein Oldershausen
Altes Amt e.V.*

X



Emergency Card

Name:

Geburtstag:

Adresse:

Wohnort:

1.Kontaktperson im Notfall:

Telefonnummer im Notfall:

2.Kontaktperson im Notfall:

Telefonnummer im Notfall:

Organspender ? bitte **X**: ja nein

*Reit- und Fahrverein Oldershausen
Altes Amt e.V.*



Emergency Card

Name:

Blutgruppe:

Allergien:

Vorerkrankungen:

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente:

Hausarzt:

Telefonnummer:

*Reit- und Fahrverein Oldershausen
Altes Amt e.V.*



Emergency Card

Name:

Blutgruppe:

Allergien:

Vorerkrankungen:

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente:

Hausarzt:

Telefonnummer:

*Reit- und Fahrverein Oldershausen
Altes Amt e.V.*

X