

## Patienten – Ausweis / Medical Card / Carnet de santé

### Persönliche Daten / Personal data / Données personnelles

Name / Vorname Name / surname Nom / prénom	
Geburtsdatum Date of birth Date de naissance	
Wohnort und Straße Place of residence / street Adresse / rue	
Hausarzt / Telefon Family doctor / fone Médecin de famille / téléphone	
Heimat-Krankenhaus / Telefon Home hospital / fone Hopital traitant / téléphone	
Krankenkasse / Telefon Health insurance / fone Caisse-maladie / téléphone	
Versicherung (Policen-Nr.) / Telefon Insurance (police No.) / fone Assurance (n° de police) / téléphone	
Im Notfall zu verständigen : (Angehörige / Arbeitgeber – Name, Adresse, Telefon) Contact in an emergency: (dependants / employer – name, adress, fone) Personne à contacter en cas d'urgence: (parents / employer – nom, adresse, téléphone)	

### Ärztliche Daten / medical data / informations médicales

Grund- und Vorerkrankungen Present and past diseases Maladie préexistante et antécédants	
Aktuelle Diagnose / Therapie Current diagnosis / therapy Diagnostic actuel / thérapie	
Medikation : Wirkstoff / Dosierung Medication : Agent / dosage Médication: principe actif / dosage	1. _____ mg _ - _ - _ 2. _____ mg _ - _ - _ 3. _____ mg _ - _ - _ 4. _____ mg _ - _ - _ 5. _____ mg _ - _ - _
<b>Lebenswichtige Medikamente / Vital mediaction / Medicaments indispensables</b>	
Allergien / Risiken Allergies / risks Allergies / risques	
Impfungen mit Datum Vaccinations with date Vaccins avec date	
<b>Bitte Rückseite beachten / attention on back side / attention sur la derrière</b>	

**Ich habe meinem Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden und bin mit der Weitergabe meiner Erkrankungsdaten einverstanden.**

**I have released my doctor from his duty of professional discretion and agree to the disclosure of my medical data.**

**Je degage mon médecin du secret médical et je donne mon accord pour qu'il communique les informations médicales me concernant.**

**Ort / Datum  
Place / date  
Lieu / date**

**Unterschrift  
Signature  
signature**

Name / Telefon des ausstellenden Arztes  
Name and phone number of the issuing physician  
Nom et n° de téléphone du médecin ayant établi le présent carnet

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

**Hinweis:**

Bitte nehmen Sie auch Ihr gelbes Impfbuch mit auf die Reise. Es ist wie der Patienten-Ausweis dreisprachig angelegt und kann von jedem Arzt gelesen werden.