

BITTE HELFEN SIE MIR!

Sollte ich mich nicht bewegen können,

PLZ, Wohnort | postal code, pl. of residence

Straße | street

Name, Vorname | name, surname

Passinhaber | Pass holder

Ich habe Parkinson

Meine Parkinson-Medikation ist folgende:

Medikament | drug

Dosis | dose



Deutsche Parkinson
Vereinigung e.V.

PARKINSON NOTFALL

Karte

Weitere medizinische Informationen

Further medical information

Andere Erkrankungen | other diseases

Weitere Medikamente | other drugs

Allergien, kontraindizierte Medikamente |
allergies, medications contraindicated

Medizinischer Ansprechpartner

Contact person medical issues

im Notfall

Name, Vorname | name, surname

Telefon | phone

Kontaktperson

Contact person in emergencies

im Notfall

Name, Vorname | name, surname

Telefon | phone

Welche Beziehung zum Patienten? |
Which relation to patient?