

Angehörige  
Name  
Telefon

---

Angehörige  
Name  
Telefon

---

Medizinischer  
gesetzlicher  
Vertreter

---

Patienten-  
verfügung

JA

NEIN

Wo

---

Reanimation  
erwünscht?

JA

NEIN

Vorname

---

Nachname

---

Sozialvers.Nr.  
& Geb.-Datum

---

Straße &  
Haus Nr.

---

Postleitzahl/  
Ort

---

Hausarzt  
Telefon

---

Kranken-/  
Hauspflege  
Telefon

---

*Foto*

### Medizinische Notrufnummern

Ärztlicher Bereitschaftsdienst **141**

Rettung **144**

Vergiftungszentrale **014064343**

Gesundheitsberatung **1450**

Euronotruf **112**



# SOS NOTFALL-BOX



**BÜRMOOS**  
*Gemeinde fürs Leben*

