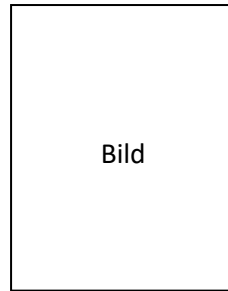




Notfallmedikament Kind



Vorname:

Name:

Diagnose/Allergie:

Notfallmedikament:

Ablaufdatum Medikament:

Gültigkeit Vollmacht:

Notfallkontakte:

.....

.....

.....