

PATIENTEN- AUSWEIS

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

ANSCHRIFT

TELEFON

CF-ZENTRUM

Der Träger dieses Ausweises ist an **CYSTISCHER FIBROSE** erkrankt – im Notfall bitte mit dem angeführten CF-Zentrum Kontakt aufnehmen.

The holder of this document suffers from **CYSTIC FIBROSIS** – in case of an emergency please contact the cystic fibrosis clinic.

ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN

BLUTGRUPPE

KEIMNACHWEIS

P. a.

ja nein

MRSA

ja nein

BCC

ja nein

AKTUELLES THERAPIEREGIME

— Monat/Jahr _____

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

— Name _____

— Vorname _____

— Telefon _____