

# 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 \_\_\_\_\_