

MEDISCHE INFORMATIE / MEDICAL INFORMATION

Van/of:

Dhr / Mevr: (naam/name, voornaam/surname)

Adres:

Geboorteplaats en -datum: (birth place/-date)

ICE1: Verwantschap/kinship.....

ICE2:..... Verwantschap/kinship

Verklaart hierbij volgende medicatie te nemen/ Declares next to take medication:

Benaming /name	Frekwentie/frequency	Reden/reason

Bezit hiernavolgende allergiën/ Possession following allergies:

.....(benaming/name)

.....(benaming/name)

Bloedgroep/ blood type: Huisarts / doctor:(name & telephone)

Medisch verleden (operaties, ...) & dokter (tel.) / medical history (operative procedures,...) & doctor (tel)

Andere nuttige info voor de behandelende arts / Other useful info for the treating physician

Vignet Ziekenbond / (DAN) verzekering/assurance info / EuropAssistance verzekering/assurance info ...

Gedaan te:

op:

Opgemaakt door/made by (name, signature)