

Bitte bei jedem Arzt-, Zahnarzt- und Apothekenbesuch vorlegen. Bei Verlust sofort einen neuen Pass bei Ihrer Arztpraxis anfordern!

Name

Geburtsdatum

Blutgruppe

Anschrift

**Mein
Allergiepass**



Stempel der Arztpraxis

Datum

Unterschrift des Arztes oder der Ärztin