

**Für Notfälle habe ich meinen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber weiterbehandelnden Ärzten entbunden und bin mit der Weitergabe meiner Erkrankungsdaten einverstanden.**

In case of emergency I have released my attending physician from medical confidentiality towards other physicians and consent to the disclosure of my medical data.

**Ort, Datum, Unterschrift** / Place, date, signature

Ein Service der:

**Octapharma GmbH**

Elisabeth-Selbert-Str. 11

40764 Langenfeld

[www.octapharma.de](http://www.octapharma.de)

[www.haemophilie-therapie.de](http://www.haemophilie-therapie.de)

## Patientenausweis / Medical Card

**Name** / Surname:

**Vorname** / Firstname:

**Geburtsdatum** / Date of birth:

**Adresse** / Address:

**Telefonnummer** / Telephone number:

**Im Notfall zu verständigen** / Emergency contact:

**Diagnose** / Diagnosis (ICD-10):

**Medikation** / Medication:

**Begleiterkrankungen** / Additional diseases:

**Allergien, Risiken** / Allergies, risks:

**Behandelnder Arzt**  
Attending physician

haemophilie-therapie.de

**Name** / Surname:

**Adresse** / Address:

**Telefonnummer** / Telephone number:

**E-Mail** / E-mail:

**Fax** / Fax:

**Ort, Datum, Unterschrift** / Place, date, signature: