

## Seniorenpass

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	
Telefon	
Unfallversicherung	
Krankenkasse,	
Kontaktperson/ evtl.Kinder, Nachbarin z.B. für Notfälle	
Telefon Kontaktperson	
Hausarzt inkl. Telefon	
Allergien (Nahrungsmittel, Medikamente, Tiere) -> Rückseite benützen	
Müssen Sie regelmässig Medikamente einnehmen? Wer übernimmt dies?	
Besonderheiten (bitte auf der Rückseite notieren)	

**Änderungen sind frühzeitig an Eltern- Kind- Familie Romina Moor GmbH zu melden.**

Ort, Datum	Unterschrift