



Namn.....
Name

Personnr..... **Postnr**.....
Date of birth Zip code

Nationalitet.....
Nationality

	Närmast anhörig Next of kin
	Telefon Phone

**Medical Card**



Allergier
Allergies

Sjukdomar
Diseases

Medicinering
Medication

Tar blodförtunnande ☐ Ja/Yes ☐ Nej/No
Uses anticoagulant

Sjukhus
Hospital

