

Eingeleitete Therapie:

Current therapy:

Wir nehmen Allergie persönlich.

Ein Service von

STALLERGENES  GREER

Stallergenes GmbH
Carl-Friedrich-Gauß-Str. 50 | 47475 Kamp-Lintfort
Tel.: 02842 9040-0 | Fax: 02842 9040-165
www.stallergenesgreer.de

Stempel der Klinik bzw. der Praxis /
Stamp of the clinic or practice

Datum / *Date*

Unterschrift / *Signature*

Mein Allergiepass

Bitte tragen Sie diesen Pass stets mit sich und zeigen Sie ihn unaufgefordert Ihrer/Ihrem Ärztin/Arzt oder Apothekerin/Apotheker.

My allergy pass

Please carry this passport with you at all times and show it to your doctor or pharmacist without being asked.

Name / Name

Vorname / First name

Straße, Hausnr. / Street, house number

PLZ, Ort / Postal code, city

Geboren am / Date of birth

Blutgruppe / Blood group

Ich bin allergisch gegenüber folgenden Stoffen:
I am allergic to the following substances:

Die Allergie äußert sich klinisch als:
The allergy manifests itself clinically as:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Rhinitis | <input type="radio"/> Konjunktivitis |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Ekzem |
| <input type="radio"/> Urtikaria
Quincke-Ödem | <input type="radio"/> Gastrointestinale
Symptomatik |
| <input type="radio"/> Anaphylaxie | ----- |
| <input type="radio"/> Sonstige Symptomatik:
<i>Other symptoms:</i> | ----- |