

# NOTFALLKARTE



Im Notfall vom Rettungsdienst mitzunehmen und dem behandelnden Arzt vorzulegen!



## Notruf 112

|                   |  |
|-------------------|--|
| Name              |  |
| Vorname           |  |
| Geburtsdatum      |  |
| Straße            |  |
| PLZ / Ort         |  |
| Telefon           |  |
| Hausarzt          |  |
| Name              |  |
| Straße            |  |
| PLZ / Ort         |  |
| Telefon           |  |
| Krankenkasse      |  |
| Versicherungsnr.  |  |
| Pflegedienst o.ä. |  |

|   |    |      |
|---|----|------|
| Zu benachrichtigende Person   |    |      |
|   |    |      |
|   |    |      |
| Alternativ  |    |      |
|   |    |      |
|   |    |      |
| Organpendeausweis   |    |      |
|   | Ja | Nein |
| Patientenverfügung  |    |      |
|   | Ja | Nein |
| Bevollmächtigte Person oder gesetzl. Betreuer/in (Name und Telefon) |    |      |
|   |    |      |
|   |    |      |
|   |    |      |

|                               |                |  |
|-------------------------------|----------------|--|
| Besondere Medikamente         |                |  |
| Marcumar                      | Heparin        |  |
| Cortison                      | Insulin        |  |
| Besonderheiten                |                |  |
| Herzschrittmacher             | Verwirrtheit   |  |
| MRSA                          | HIV            |  |
| Weglauff Tendenz              |                |  |
| Allergien / Unverträglichkeit |                |  |
|                               |                |  |
| Vorhandene Hilfsmittel        |                |  |
| Hörgerät                      | Prothese oben  |  |
| Sehhilfe                      | Prothese unten |  |
| Gehhilfe                      |                |  |
| Andere Hilfsmittel            |                |  |
|                               |                |  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Grunderkrankungen |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
| Blutgruppe        |  |
|                   |  |

|  |         |         |        |        |
|--|---------|---------|--------|--------|
| Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen) |         |         |        |        |
|  | morgens | mittags | abends | nachts |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |
|  |         |         |        |        |

|   |  |
|---|--|
| Weitere Anmerkungen   |  |
|   |  |
|   |  |
| Letzter Krankenhausaufenthalt   |  |
| Name  |  |
| Krankenhaus   |  |
| Abteilung   |  |
| Ort, Datum  |  |
| Aktualisiert  |  |
| Datum   |  |
| Unterschrift  |  |
| Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergegeben werden dürfen. |  |
| _____<br>Datum, Unterschrift  |  |