

NOTFALLINFOPlatz für **Foto****Persönliche Daten**

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße/Hausnummer: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Telefon/Festnetz: _____
 Telefon/Mobil: _____
 Krankenkasse: _____

Hausärztin/-arzt

Name: _____
 Adresse: _____
 Telefon: _____

Krankenhaus – falls notwendig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus:

Ich habe für einen evtl. Krankenhausaufenthalt eine Tasche mit den
 nötigsten persönlichen Sachen gepackt: ja nein.
 Die Tasche/der Koffer steht: _____.

Pflege/Pflegedienst/private Pflege/Betreuung durch

Name der Pfleger*in: _____
 Name des Pflegedienstes: _____
 Anschrift: _____
 Telefon/Festnetz: _____
 Telefon/Mobil: _____
 Betreuer*in: ja nein
 Wenn ja, Name: _____
 Telefon/Festnetz: _____
 Telefon/Mobil: _____

Verständigung von Angehörigen/Freund*innen:

1. Name: _____
 Telefon/Festnetz: _____
 Telefon/Mobil: _____
 2. Name: _____
 Telefon/Festnetz: _____
 Telefon/Mobil: _____

Wichtige Krankheiten/Einschränkungen

Wichtige Informationen, die die Hilfe-Dienste etc. wissen müssen:
 allergische Reaktionen auf: _____
 Überempfindlichkeit auf Medikamente: _____
 und Nahrungsmittel: _____
 Verständigungsschwierigkeiten: _____
 Hör-/Sehprobleme: _____
 Atemnot: _____
 Kontaktlinsen: _____
 Medizinische Hilfsgeräte: _____
 Sonstiges: _____

Blutgruppe: _____

Medikamenteneinnahme/Implantate u.a.

Asthma MS Schlaganfall Diabetes Parkinson
 Lähmung ...Epilepsie ...Demenz Herzprobleme
 Gerinnungshemmer/ASS o.ä. ...Blutdruck: hoch niedrig
 Medizinische Implantate, und zwar: _____
 Sonstige Behandlungen/Medikamente: _____

Die Medikamente stehen: _____.

Ich habe **Haustiere**, die versorgt werden müssen: ja... nein.
 Wenn ja, welche: _____.
 Sie befinden sich: _____.

Unterlagen/Verfügungen/Vollmachten

Notfallmappe: nein. Ja, sie befindet sich: _____
 Patientenverfügung: nein. Ja, sie befindet sich: _____
 Vorsorgevollmacht: nein. Ja, sie befindet sich: _____
 Betreuungsverfügung: nein. Ja, sie befindet sich: _____
 Impfpass: nein. Ja, er befindet sich: _____
 Krankenkassen-Verichertenkarte: Sie befindet sich: _____

Was ich noch sagen möchte: _____

Datum _____ **Unterschrift** _____