

Vom Rettungsdienst mitzunehmen und im Krankenhaus abzugeben

Notruf: 112



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon _____

Hausarzt: _____

Tel.Nr. des Arztes: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Pflegedienst o.ä.:

Zu benachrichtigende Person (Name und Tel.Nr.)

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht: ja / nein

**Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer
(Name und Tel.Nr.)**

**Diese Daten werden nur im Notfall verwendet.
Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer
Notfallsituation an den Rettungsdienst und das
Krankenhaus weitergegeben werden dürfen.**

Datum, Unterschrift:

bitte Rückseite beachten!

Grunderkrankungen:

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommene Medikamente eintragen)

morgens mittags abends nachts

<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Medikamente:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Heparin |
| <input type="checkbox"/> Cortison | <input type="checkbox"/> Insulin |

Besonderheiten:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: | |

Vorhandene Hilfsmittel:

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Sehhilfe | <input type="checkbox"/> Gehhilfe |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese: | <input type="checkbox"/> oben | <input type="checkbox"/> unten |

Andere Hilfsmittel:

Weitere Anmerkungen:

Letzter Krankenhausaufenthalt

(Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum)

ausgestellt durch: _____
(Datum, Unterschrift)

aktualisiert: _____
(Datum, Unterschrift)