

Notfall-Kontaktperson 1	Notfall-Kontaktperson 2
Beziehung: <input type="text"/>	Beziehung: <input type="text"/>
Name, Vorname: <input type="text"/>	Name, Vorname: <input type="text"/>
Anschrift: <input type="text"/> <input type="text"/>	Anschrift: <input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon 1: <input type="text"/>	Telefon 1: <input type="text"/>
Telefon 2: <input type="text"/>	Telefon 2: <input type="text"/>

Auf meinen täglichen Kontakt verlässt sich/ Ich bin verantwortlich für:	
Name, Vorname: <input type="text"/>	Haus-tier: Name <input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	Die Versorgung kann übernehmen: Name, Telefon <input type="text"/>

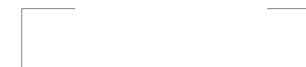
Wer hat dieses Infoblatt ausgefüllt?	
Name: <input type="text"/>	Beziehung: <input type="text"/>

Ich versichere, alle Angaben nach meinem besten Wissen gemacht zu haben. Des Weiteren habe ich verstanden, dass ich selbst verantwortlich bin, dass alle Angaben auch weiterhin von mir auf dem neuesten Stand gehalten werden. Hinweis: Die Nutzung von diesem Infoblatt sowie die gemachten Angaben liegen ausschließlich in Eigenverantwortung der/ des Unterschreibenden.

Sie haben weitere Fragen?
Rufen Sie uns gerne an: Telefonische Pflegeberatung **0800 101 88 00** (gebührenfrei)

Wenn Ihnen zu Hause etwas passiert und Sie können sich nicht mehr verständigen, benötigt der Rettungsdienst schnell wichtige medizinische Informationen: Allergien, Medikamentenpläne etc. sind unentbehrliche Daten zur Notfallbehandlung.

Notieren Sie alles in diesem Formular und platzieren sie es gut sichtbar! Stecken Sie die Notfallcheckliste z.B. in ein Schraubdeckelglas und bewahren Sie es im Kühlschrank auf. Ergänzen Sie einen Hinweis dazu auf einem Aufkleber innen an Ihrer Wohnungstür.



Vorname, Name

Notfall-Checkliste

Wichtige Informationen und Dokumente

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Nationalität:

Muttersprache:

Religion:

Blutgruppe:

Beschreiben Sie jede Allergie oder Unverträglichkeit (auch Medikamente), unter der Sie leiden.

Kreuzen Sie an und beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien, die Einfluss auf eine Notbehandlung haben könnten.

- Herzinfarkt: wann _____
- Antikoagulation: _____
- Herzschrittmacher: wann _____
- Bypass-Operation/-en: wann _____
- Bluthochdruck: _____
- Asthma, Chronische Bronchitis: wann _____
- Diabetes: Typ _____
- Schlaganfall: wann _____
- Anfallsleiden, Epilepsie: _____
- Nierenerkrankung: _____
- Dialysebehandlung: seit _____
- Hämophilie (Bluterkrankheit): welche _____

Gibt es noch weitere Diagnosen/ Informationen (z.B. Hör-, Sprech-, Seh- oder Bewegungseinschränkungen, Behinderungen, Hilfsmittel)?

Beschreiben Sie wichtige operative Eingriffe (z.B. Unfälle, Implantate).

Welche Medikamente nehmen Sie täglich ein? (Präparat, Dosis, seit wann)
Bzw. wo bewahren Sie Ihren Medikamentenplan auf?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ihre Hausarztpraxis

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Wo haben Sie Ihre/n (genauer Ort)

Medikamente:

Notfallordner:

Patientenverfügung:

Vorsorgevollmacht:

Organspendeausweis:

Impfausweis:
