

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	
<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)