

# Notfalldose Informationsblatt

Patient - Persönliche Daten und wichtige Informationen:	
NB <input type="checkbox"/>   Frau <input type="checkbox"/>   Herr <input type="checkbox"/>	Nationalität :
Name :	Muttersprache :
Vorname :	Religion :
Geb. am :	Krankenkasse :
Straße/Nr. :	Vers.-Nr. :
PLZ/Ort :	Blutgruppe :

Allergien und Unverträglichkeiten von Medikamenten und Lebensmitteln:

Hausärztin/-arzt :	Pflege Privat / Pflegedienst :
Name :	Name :
Anschrift :	Anschrift :
Festnetz Telefon :	Festnetz Telefon :
Mobil Telefon :	Mobil Telefon :
Email :	Email :

Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus :

Aufbewahrungsorte :	Medikamente :	
Medikamente :	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsie
Notfallkoffer :	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> Herz
Patientenverfügung :	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Blutdruck
Organspendeausweis :	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Parkinson
Impfpass :	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Erkrankungen/ Therapien, die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben könnten?		
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Herzinfarkt	Wenn Ja, wann?
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Herzschrittmacher	Wenn Ja, wann?
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Bypass Operation	Wenn Ja, wann?
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Schlaganfall	Wenn Ja, wann?
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankung / Dialyse	Wenn Ja, seit?
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Werte :
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Werte :
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Schneller Puls (Tachykardie)	Werte :
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Langsamer Puls (Bradykardie)	Werte :
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	Typo?
<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Anfallsleiden / Epilepsie	Welches?

Wichtige operative Eingriffe (Implantate usw.) :

Weitere wichtige Informationen / Diagnosen :

Welche Medikamente werden täglich eingenommen? Präparat / Dosis / Menge / seit wann (Datum) : (Bitte aktuellen Medikamentenplan beilegen!)



Wer hat dieses Notfall-Infoblatt ausgefüllt?

Alle Informationen sind korrekt und wurden von mir oder einer von mir bestimmten Person ausgefüllt. Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Des Weiteren habe ich verstanden, dass ich selbst verantwortlich dafür bin, dass alle Angaben und Informationen auch weiterhin von mir auf dem neuesten Stand gehalten werden müssen.

Die Nutzung des Notfall-Infoblattes sowie die darin gemachten Angaben liegen ausschließlich in der Eigenverwaltung des Unterschreibenden!

Name des Unterzeichners :

Beziehung :  Selbst |

Ort , Datum :

Unterschrift :  
\_\_\_\_\_