



Info Notfalldose

Persönliche Daten, Ansprache und Krankenkasse:

(Biol.) Geschlecht _____ Muttersprache _____
Vorname _____ Deutschkenntnisse _____
Nachname _____ Krankenkasse _____
Geboren am _____ Karte liegt hier _____
Straße _____ Vers. Nr. _____
PLZ/Ort _____ Blutgruppe _____

Handicap ☐ gehen ☐ sehen ☐ hören ☐ sprechen ☐ Sprache ☐ andere _____

Folgende Medikamente werden regelmäßig eingenommen:

Präparat	Dosis	Menge	Seit wann?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hier sind meine Medikamente zu finden: (Bitte Kopie und Medikamentenplan mit Datum dazulegen!)

Medikamentenplan ☐ ja, ist hier: _____

Erkrankungen, die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können:

- | | |
|---|---|
| ☐ Anfallsleiden* / Epilepsie* / Krampfleiden* | ☐ Diabetes ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 |
| ☐ Autoimmunkrankheit | ☐ Insulinpumpe |
| ☐ Asthma* / COPD* | ☐ Nierenerkrankung* ☐ Dialyse* |
| ☐ Blutdruck ☐ zu hoch ☐ zu niedrig | ☐ Lebererkrankung |
| ☐ Blutdicke ☐ Bluter ☐ -verdünner | ☐ Schlaganfall* / Hirnblutung* |
| ☐ Puls ☐ zu schnell ☐ zu langsam | ☐ Schwindel ☐ immer ☐ anfallsartig |
| ☐ Bypass Operation: Wann? _____ | ☐ Parkinson |
| ☐ Herzinfarkt: Wann? _____ | ☐ Demenz |
| ☐ Herzschrittmacher: Wann? _____ | |
- * unzutreffendes bitte streichen

Allergien und Unverträglichkeiten von Medikamenten und Lebensmitteln:



Wichtige operative Eingriffe (Implantate usw.):

Kliniktasche gepackt ☐ ja, hier: _____

Wichtige Dokumente:

Patientenverfügung ☐ Nein ☐ Ja, hier: _____

Vorsorgevollmacht ☐ Nein ☐ Ja, hier: _____

Betreuungsverfügung ☐ Nein ☐ Ja, hier: _____

Organspendeausweis ☐ Nein ☐ Ja, hier: _____

Hausarzt:

Name _____

Tel. _____

Pflegedienst:

Name _____

Tel. _____

Notfallkontakt 1:

Beziehung _____

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Hausschlüssel ☐ ja ☐ nein

Notfallkontakt 2:

Beziehung _____

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Hausschlüssel ☐ ja ☐ nein

Folgende Person/Tier braucht meine tägliche Versorgung oder Dienste:

Beziehung _____	Tierart/Rasse _____
Name _____	Anzahl _____
Adresse _____	Namen _____
Versorgung _____	Besonderheiten _____

Erstellt von:

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. **Es ist mir bewusst, dass es wichtig für mich ist, dass alle Informationen auch weiterhin auf dem neusten Stand gehalten werden.**

Name (Druckbuchstaben)

Beziehung

Datum

Unterschrift

Aktualisierungen:

Datum _____ wegen _____

Datum _____ wegen _____