

# Vom Rettungsdienst mitzunehmen und im Krankenhaus abzugeben!

## Notruf 112

Name: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. des Arztes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Pflegedienst o.ä.: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu benachrichtigende Person (Name, Telefon-Nr.)

Patientenverfügung / Vollmacht ja  nein

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet.

Hinterlegt bei: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst und das Krankenhaus weitergegeben werden dürfen.

Bevollmächtigte Person / gesetzlicher Betreuer

Name \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Grunderkrankungen: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommenen Medik. eintragen)

	morgens	mittags	abends	nachts
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Medikamente: Marcumar Heparin Cortison Insulin Antibiotikum

Besonderheiten:  Herzschrittmacher  Verwirrtheit  Weglauftendenz  MRSA  
 Allergien / Unverträglichkeit

Vorhandene Hilfsmittel:  Hörgerät  Sehhilfe  Gehhilfe  Zahnprothese  oben

unten Andere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_ Weitere

Anmerkungen: \_\_\_\_\_ Letzter Krankenhausaufenthalt: \_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses, Abteilung, Ort, Datum

ausgestellt durch: \_\_\_\_\_ aktualisiert: \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Datum Unterschrift