

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