

Persönliche Daten und Notfall-Informationen:

| | | | |
|-------------------------------|---|----------------|--|
| <input type="checkbox"/> Frau | Name (Namenszusatz, akadem. Grad): | Nationalität: | |
| <input type="checkbox"/> Herr | | Muttersprache: | |
| Vorname: | | Religion: | |
| Geb. am: | | Krankenkasse: | |
| Str./Nr.: | | Vers-Nr.: | |
| PLZ/Ort: | | Blutgruppe: | |

Allergien oder Unverträglichkeiten (Medikamente / Lebensmittel):

| |
|--|
| |
| |

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, ab wann? | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Bypass Operation /-en | Wenn ja, wann? | |
| <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 | Blutverdünnung | Werte: | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Bluterkrankheit (Hämophilie) | Wenn ja, welche? | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Schlaganfall | Wenn ja, Typ? | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Asthma, chronische Bronchitis | Ja! | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Diabetes (Zuckerkrankheit) | Ja! | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Nierenerkrankung / Dialyse | Wenn ja, ab wann? | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Anfallsleiden / Epilepsie | Wenn ja, seit wann? | |

Einnahme von Medikamenten. Bitte aktuellen Medikamentenplan beilegen! Gültige Impfungen Präparat bis (MM/JJ):

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | | |
| <input type="checkbox"/> MS | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | |
| <input type="checkbox"/> Demenz | | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | | |
| <input type="checkbox"/> Herz | | |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | | |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Weitere wichtige Informationen / Diagnosen:

(Hör-, Sprech-, Seh- oder Bewegungseinschränkungen, Behinderungen, Hilfsmittel usw.)

| |
|--|
| |
| |

Foto!

Wichtige operative Eingriffe (Implantate, Unfälle usw.):

| |
|--|
| |
| |

| Folgendes habe ich aufbewahrt (Raum/Ort): | | | |
|---|--|---|--|
| Medikamente: | | Patientenverfügung: | |
| Notfallkoffer: | | Organspendeausweis: | |
| Notfallordner: | | Impfpass: | |
| Hausärztin/-arzt: | | Pflege Privat / Pflegedienst: | |
| Name: | | Name: | |
| Anschrift: | | Anschrift: | |
| Telefon: | | Tel. Arbeit: | |
| Fax: | | Tel. Privat: | |
| Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus: | | | |
| | | | |
| Notfallkontakt Person 1: | | Notfallkontakt Person 2 / Arbeitsstelle: | |
| Beziehung: | | Beziehung: | |
| Name: | | Name: | |
| Anschrift: | | Anschrift: | |
| Tel. Arbeit: | | Tel. Arbeit: | |
| Tel. Privat: | | Tel. Privat: | |
| Tel. Mobil: | | Tel. Mobil: | |
| Folgende Person verlässt sich auf meinen täglichen Kontakt und benötigt Pflege oder wird von der Kita / Schule bzw. Einrichtung abgeholt: | | | |
| Name: | | Anschrift: | |
| Vorname: | | | |
| Telefon: | | Tel. Mobil: | |
| Wer kann sich im Notfall um das Haustier kümmern und es versorgen? | | | |
| Name: | | Telefon: | |
| Vorname: | | Tel. Mobil: | |
| Tierart / Rasse: | | Name: | |
| Besonderheiten für die Pflege: | <input type="checkbox"/> Weitere Informationen zum Tier befinden sich in der Notfallbox! | | |
| Wichtige Hinweise: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Wer hat dieses Notfall-Infoblatt ausgefüllt? | | | |
| Name: | | Beziehung: | |
| Alle Informationen sind korrekt und wurden von mir oder einer von mir bestimmten Person nach bestem Wissen gemacht. Ich habe verstanden, dass ich selbst verantwortlich bin, alle Angaben und Informationen auch weiterhin auf dem neuesten Stand zu halten. Die Nutzung dieses Notfall-Infoblattes sowie die darin gemachten Angaben liegen ausschließlich in Eigenverwaltung des Unterschreibenden! | | | |
| Meine Unterschrift: | | Datum: | |
| Mein Name: | | | |

Hinweis

Jede im Haushalt lebende Person muss ein eigenes Notfall-Infoblatt ausfüllen, die zusammen in einer Notfalldose aufbewahrt werden können.

Bitte Unterschrift und Datum unter Ihrem ausgefüllten Formular nicht vergessen!