

Besonderheiten

- Herzschrittmacher
- Verwirrtheit
- MRSA
- HIV
- Weglauftendenz

Allergien/Unverträglichkeiten

Vorhandene Hilfsmittel

- Hörgerät
- Sehhilfe
- Gehhilfe
- Prothese oben
- Prothese unten

Andere Hilfsmittel

Weitere Anmerkungen

Letzter Krankenhausaufenthalt

Name

Krankenhaus

Abteilung

Ort, Datum

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

Datum, Unterschrift

Verwendungshinweise

Eine Notfalkarte sollten Sie immer bei sich tragen, eine zweite befestigen Sie bitte in Augenhöhe innen direkt neben Ihrer Wohnungstür.



**Notfall-Pass
Notruf 112**

Im Notfall: vom Rettungsdienst mitzunehmen und dem behandelnden Arzt vorzulegen



Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Hausarzt

Tel. Nr. des Arztes

Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

Pflegedienst o.ä.

Zu benachrichtigende Person

Alternativ

Patientenverfügung ja nein

**Bevollmächtigte Person oder
gesetzlicher Betreuer** (Name und Tel.)

Grunderkrankungen

Aktuelle Medikamente

(bitte alle regelmäßig eingenommenen
Medikamente eintragen)

Morgens

mittags

abends

nachts

Besondere Medikamente

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Heparin |
| <input type="checkbox"/> Cortison | <input type="checkbox"/> Insulin |