

NOTFALLBLATT

Hinweis: Dieses Notfallblatt ist Eigentum des Patienten und dient der Information des Arztes im Notfall- und Rettungsdienst, bei ungeplanter Krankenhausaufnahme und bei der Behandlung im ärztlichen Bereitschaftsdienst oder im Rahmen einer Urlaubsvertretung. Es enthält sensible Angaben zu Erkrankungen und soll aus Gründen des persönlichen Datenschutzes nicht bei Behörden, Ämtern oder sonstigen Stellen vorgelegt werden.

Persönliche Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handynummer

Konfession

Nationalität

Familienstand

Ehegatte/ Lebenspartner

Krankenkasse/ Versicherungsnummer

gesetzlicher Betreuer

Liegt eine Behinderung vor? ja nein

Art und Grad der Behinderung

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie täglich ein?

Bitte legen Sie dem Notfallblatt eine aktuelle Kopie Ihres Medikamentenplans bei.

Allergien und Unverträglichkeiten

Führen Sie bitte jede Allergie und Unverträglichkeit (auch Medikamente) auf, unter der Sie leiden.

Weitere Diagnosen / Informationen

(z.B. Hör-, Sprech-, Seh- oder Bewegungseinschränkungen, kognitive Störungen, psychiatrische Erkrankungen, Raucher, Hilfsmittel, sonstiges)

Aufbewahrungsorte

Aufbewahrungsorte der Dokumente sind in der Notfallmappe dokumentiert.

Krankheiten und Arzneitherapien (Füllen Sie bitte die folgende Liste aus.)

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
Antikoagulation (Blutverdünnung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetes (Zucker-Krankheit)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Typ:
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, letzter Anfall:
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art:
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:

NOTFALLBLATT

Wichtige operative Eingriffe (z.B. Unfälle, Implantate, Transplantationen, künstliche Gelenke, Prothesen etc.)

Art des Eingriffs	Datum	Klinik/Praxis/Ort	Sonstiges

Ihre Hausarztpraxis

Name, Vorname

Telefonnummer

Handynummer

Wer pflegt Sie? Privat / Pflegedienst

Name, Vorname

Telefonnummer

Handynummer

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? (Kontaktperson 1)

Name, Vorname

Beziehung/Verwandschaftsgrad

Telefonnummer

Handynummer

Hat diese Kontaktperson einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung? ja nein

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? (Kontaktperson 2)

Name, Vorname

Beziehung/Verwandschaftsgrad

Telefonnummer

Handynummer

Hat diese Kontaktperson einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung? ja nein

Folgende Person verlässt sich auf meinen täglichen Kontakt:

Name, Vorname

Beziehung/Verwandschaftsgrad

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handynummer

Wer hat dieses Notfallblatt ausgefüllt?

Wenn die ausfüllende Person nicht identisch mit dem Besitzer der Notfallmappe ist, bitte den Namen und die Art der Beziehung (z.B. Angehöriger, gesetzlicher Betreuer etc.) angeben.

Name, Vorname

Beziehung/Verwandschaftsgrad

Die ausfüllende Person ist der Besitzer der Notfallmappe.

Ich versichere alle Angaben nach meinem besten Wissen gemacht zu haben. Ich bin selbst verantwortlich dafür, dass **alle Angaben laufend auf dem neuesten Stand gehalten werden.**

Hinweis: Die Nutzung von diesem Notfallblatt sowie die gemachten Angaben liegen ausschließlich in der Eigenverantwortung des Unterschreibenden.

Datum

Unterschrift

Unterschrift in Druckbuchstaben