

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	nein	ja, am:
Antikoagulation (Blutverdünnung)	nein	ja
Herzschrittmacher	nein	ja, seit:
Bypass-Operation/-en	nein	ja, am:
Hypertonie (Bluthochdruck)	nein	ja
Asthma	nein	ja
Chronische Bronchitis	nein	ja
Diabetes (Zucker-Krankheit)	nein	ja, Typ:
Anfallsleiden/ Epilepsie	nein	ja, letzter Anfall:
Nierenerkrankung	nein	ja
Dialysebehandlung	nein	ja, seit:
Hämophilie (Bluterkrankheit)	nein	ja, Art:
Schlaganfall	nein	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 ja nein
Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? (Kontaktperson 2)

Name, Vorname

Beziehung/Verwandschaftsgrad

Telefonnummer Handynummer

Hat diese Kontaktperson einen ja nein
Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

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