**Notfall-Informationen**

Foto

Herr / Frau NAME

Geb. am: TT.MM.JJJJ

Sprache:

Krankenkasse: Vers.-Nr.:

Wohnort:

**Hausarzt:**

**Allergien und Unverträglichkeiten von Medikamenten und Lebensmitteln:**

**Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus:**

**Standorte:**

* **Medikamente:**
* **Medikamentenliste:**
* **Ordner mit Arztbriefen:**
* **Notfalltasche:**
* **Patientenverfügung:**
* **Impfpass:**

**Haben Sie Erkrankungen/ Therapien die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben könnten?**

* Kein Herzinfarkt
* Kein Herzschrittmacher
* Keine Bypass-Operation
* Kein hoher Blutdruck (Hypertonie)
* Kein niedriger Blutdruck (Hypotonie)
* Kein schneller Puls (Tachykardie)
* Kein langsamer Puls (Bradykardie)
* Kein Diabetes
* Kein Schlaganfall
* Keine Nierenerkrankung
* Kein Anfallsleiden

Wichtige operative Eingriffe (Implantate usw.):

Weitere wichtige Informationen / Diagnosen:

*

**Notfallkontakte**

**Name**

Tel.: 0XYZ ABC DEFG, wohnt im 2. Stock in diesem Haus.

**Name 2**

Tel.: 0 HIJ KLM NMOQ

Ich lebe in dieser Wohnung alleine / mit: ….

Ich pflege keine weitere Person. / Name, Adresse

Keine weitere Person verlässt sich auf meinen Kontakt oder meine Hilfe.

 Wenn doch: Name, Kontakt oder Name und Kontakt einer Ersatzperson

Ich muss niemanden bei einer Kita oder Schule oder anderen Einrichtung abholen.

 Wenn doch: Kontakt Kita/ Schule und Kontakt Ersatzperson

Ich habe keine Haustiere, die versorgt werden müssten.

 Wenn doch: Beschreibung Haustier, Kontakt Pfleger