Notfall-Infoblatt

Stand:

DIGITALE GESUNDHEITSPLATTFORM OWL

Bitte füllen Sie das Notfall-Infoblatt direkt digital aus und speichern Sie es ab.
Vermeiden Sie es, das Formular auszudrucken und manuell auszufüllen.

Nachname

Vorname

Geschlecht

Geb.-datum

Anschrift

Privat/Mobil

Krankenkasse

Versicherungsnr.

Nationalität (optional)

Sprachen (optional)

Religion (optional)

Blutgruppe (optional)

Ihre Hausarztpraxis

Name

Telefon

Anschrift

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten unter denen Sie leiden (Medikamente/Lebensmittel/Insekten)?

A
Allergien

Welche Medikamente nehmen Sie täglich ein?

M
Medikamente

Wirkstoff/Handelsname	Stärke/Form	Einheit	morgens	mittags	abends	zur Nacht
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				
		Stück/ml/I.E.				

P
Patienten Vorgeschichte

Beschreiben Sie Ihre Medizinische Vorgeschichte (Vorerkrankungen / Operationen)

Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja, wann?
Herzschrittmacher	☐ nein	☐ ja, wann?
Stent	☐ nein	☐ ja, wann?
By-Pass-Operation	☐ nein	☐ ja, wann?
Bluthochdruck	☐ nein	☐ ja, wann?
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja, wann?
Epilepsie / Anfallsleiden	☐ nein	☐ ja, wann?
Niereninsuffizienz	☐ nein	☐ ja, wann?
Dialyse	☐ nein	☐ ja, wann?
Asthma / Chr. Bronchitis / COPD	☐ nein	☐ ja ☐ ja, mit Heimsauerstoff versorgt (in l/min)?
Diabetes	☐ nein	☐ ja, Insulinpflichtig? ☐ nein ☐ ja
Lebererkrankung	☐ nein	☐ ja, welche?
Implantate	☐ nein	☐ ja, wann, wo?
Krebsleiden	☐ nein	☐ ja, welche?
psychische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, welche?

Infektionskrankheiten ☐ nein ☐ ja, welche?

- ☐ **MRE (Multiresistente Erreger) z.B.** ☐ MRSA/ORSA ☐ MRGN 3 oder 4 MRGN*
- ☐ **VRE (Vancomycin resistente Enterokokken)**
- ☐ **TBC (Tuberkulose)**
- ☐ **Hepatitis** ☐ B ☐ C
- ☐ **HIV/AIDS**
- ☐ **Sonstige? Welche?**

*(z. B. Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Pseudomonas aeruginosa und Acinetobacter baumannii)

L
Letzte Behandlung

Letzter Krankenhausaufenthalt, ambulante Behandlung etc.

R
Risiken

Gehören Sie zu einer Risikogruppe (z.B. Alkoholismus/Drogenabusus, genetische Dispositionen, Fall-/Sturzneigung, Osteoporose, Schwangerschaft)

Gab es vermehrte Krankheitsleiden in der Familie? Z.B. Krebsleiden, etc. (Familienanamnese)

Wo haben Sie Ihre/ n (Raum / Ort)?

- **Medikamente**
- **Patientenverfügung**
- **Med. Unterlagen**
- **Organspendeausweis**

Wer pflegt Sie? (Privat / Pflegedienst)

Name

Arbeit

Privat/Mobil

Gesetzliche Betreuung?

Name

Arbeit

Privat/Mobil

Bemerkungen / ergänzende Informationen:

Notfallkontaktperson 1

Beziehung

Name

Anschrift

Arbeit

Privat/Mobil

Notfallkontaktperson 2

Beziehung

Name

Anschrift

Arbeit

Privat/Mobil

Folgende Person verlässt sich auf meinen täglichen Kontakt und benötigt Pflege oder wird von der Kita / Schule bzw. Einrichtung abgeholt

Name

Arbeit

Anschrift

Privat/Mobil

Haustiere

Haben Sie ein Haustier? ☐ nein ☐ ja, wie viele?

Tierart / Rasse

Name

Gibt es Besonderheiten, die zu beachten sind?

Wer kann sich im Notfall um das Tier kümmern bzw. es versorgen?

Name

Telefon

Wer hat dieses Notfallblat ausgefüllt?

Name

Beziehung

Ich versichere alle Angaben nach meinem besten Wissen gemacht zu haben. Des Weiteren habe ich verstanden, dass ich selbst verantwortlich bin, dass alle Angaben auch weiterhin von mir auf dem neusten Stand gehalten werden.
Hinweis: Die Nutzung von diesem Infoblatt sowie die gemachten Angaben liegen ausschließlich in Eigenverantwortung des Unterschreibenden.

Datum

Unterschrift

Unterschr. in Druckbuchstaben