

Notfall-Infoblatt

Name

Nationalität

Vorname

Muttersprache

Geb. am

Religion

Anschrift

Krankenkasse

Privat 

Blutgruppe

Schmerzpatient? Chronische Beschwerden?

S

Symptome

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeit unter denen Sie leiden (Medikamente / Insekten / Antibiotika)?

A

Allergien

Welche Medikamente nehmen Sie täglich ein? (Präparat / Dosis / seit (Datum) z.B. auch Gerinnungshemmer)

M

Medikamente

Blutverdünnung nein ja, Präparat:

Beschreiben Sie Ihre Medizinische Vorgeschichte (Vorerkrankungen / Operationen / genetische Dispositionen)

P

Patienten
Vorgeschichte

Herzinfarkt	nein	ja, wann?
Herzschrittmacher	nein	ja, wann?
Bypass-Operation	nein	ja, wann?
Bluthochdruck	nein	ja, wann?
Schlaganfall	nein	ja, wann?
Epilepsie / Anfallsleiden	nein	ja, wann?
Dialyse	nein	ja, wann?
Asthma / Chr. Bronchitis	nein	ja, wann?
Diabetes	nein	ja, wann?
Unfälle / Implantate	nein	ja, was?
Impfungen: (Präparat / Datum)		

Wer pflegt Sie? (Privat / Pflegedienst)

Name

Anschrift

Arbeit

Privat

Mobil

Letzter Krankenhausaufenthalt, ambulante Behandlung etc.

L

Letzer...

Text input field for hospital stay details.

Was war vor dem Vorfall / Was hat den Vorfall ausgelöst?

E

Ereignisse

Text input field for event details.

Gehören Sie zu einer Risikogruppe (Diabetiker, Alkoholismus / Drogenabusus)

R

Risiken

Text input field for risk group information.

Ihre Hausarztpraxis

Name

Anschrift

Telefon

Wo haben Sie Ihre / n (Raum / Ort)

Medikamente

Notfallordner

Patientenverfügung

Organspendeausweis

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Large text input field for additional information.

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

Hausiere

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 Notfallblatt 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