

# Notfallblatt - Bitte unterwegs bei sich tragen

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 und Ort

Telefonnummer

Handynummer

Konfession

Nationalität

Familienstand

Ehegatte/Lebenspartner

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Gesetzlicher Betreuer

Liegt eine Behinderung vor? **Nein**  **Ja**

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

Ich besitze eine Notfallmappe. **Nein**  **Ja**

Sie befindet sich:

## Krankheiten und Arzneitherapien (Füllen Sie bitte folgende Liste aus)

Herzinfarkt  Nein  Ja am:

Antikoagulation (Blutverdünnung)  Nein  Ja

Herzschrillmacher  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 (Bluterkrankung)  Nein  Ja Art:

Schlaganfall  Nein  Ja am:

# Notfallblatt - Bitte unterwegs bei sich tragen

**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 soll im Notfall benachrichtigt werden? (Kontaktperson 1)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Beziehung /Verwandschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer                      Handynummer

Hat diese Kontaktperson einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

**Nein**     **Ja**

## Folgende Person/Haustier verlässt sich auf meinen täglichen Kontakt/Fürsorge:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Beziehung /Verwandschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer                      PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer                      Handynummer

## Wer pflegt Sie? Privat / Pflegedienst

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer                      Handynummer

## Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? (Kontaktperson 2)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Beziehung /Verwandschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer                      Handynummer

Hat diese Kontaktperson einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

**Nein**     **Ja**

## 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

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