



NOTFALLKARTE



Mit dieser Notfallkarte können Sie dem Rettungsdienst und allen an der Behandlung beteiligten Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten bei Ihrer Behandlung helfen. Machen Sie hiervon mehrere Kopien und bewahren Sie die aktuellste Version immer griffbereit z.B. in Ihrem Portemonnaie neben der Krankenkassenkarte auf.

Stammdaten		WICHTIGE Vorerkrankungen / Diagnosen			
Name			Ja	Nein	Anmerkungen
Vorname		Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum		Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Größe		Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewicht		Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien		Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Covid-19 Impfung <small>Anzahl, wann?</small>		(chron.) Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dauermedikation		Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
z.B. Bisoprolol 5mg 1-0-0		Diabetes (insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Infektionskrankheiten <small>(HIV, HCV)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Vor-Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutverdünner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Tetanus-Impfung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				

Dokumente	Vorhanden?		Aufbewahrungsort <small>(z.B. hinterlegt bei einer Kontaktperson plus Telefonnummer der Kontaktperson)</small>
	Ja	Nein	
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organspende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Notfallkontakt 1		Notfallkontakt 2	
Beziehung		Beziehung	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Anschrift		Anschrift	
Telefonnummer		Telefonnummer	

Behandelnde Ärztinnen / Ärzte			
Name		Name	
Fachdisziplin		Fachdisziplin	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Fax		Fax	

Falls Sie weitere wichtige Informationen haben, können sie diese hier angeben oder die Rückseite nutzen:

Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

Ort und Datum

Vorname und Name, Unterschrift

