

| Besondere Medikamente (bitte ankreuzen) | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Heparin |
| <input type="checkbox"/> Cortison | <input type="checkbox"/> Insulin |

| Besonderheiten (bitte ankreuzen oder ergänzen) | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> MRSA ¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Defibrilator | <input type="checkbox"/> HIV ²⁾ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1) Methicillin resistenter Staphylococcus Aureus
2) Humane Immundefizienz Virus

| Hilfsmittel (bitte ankreuzen) | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Zahnprothese oben |
| <input type="checkbox"/> Sehhilfe | <input type="checkbox"/> Zahnprothese unten |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe | <input type="checkbox"/> |

| Andere Hilfsmittel | |
|--------------------|--|
| | |
| | |

| Impfungen (Tetanus, o.ä.) | |
|---------------------------|--|
| | |
| | |

| Blutgruppe | |
|------------|--|
| | |

| Letzter Krankenhausaufenthalt | |
|-------------------------------|--|
| Ort | |
| Krankenhaus | |
| Abteilung | |
| Monat/Jahr | |

| Aktualisierter Krankenhausaufenthalt | |
|--------------------------------------|--|
| Ort | |
| Krankenhaus | |
| Abteilung | |
| Monat/Jahr | |

Wichtiger Hinweis!

Diese Notfallkarte sollten Sie immer bei sich tragen. Weitere hinterlegen Sie zugänglich in Ihrem Kraftfahrzeug oder sichtbar in Ihrer Wohnung.
Denken Sie an die Aktualisierung Ihrer Angaben. Neue Karten stehen zur Verfügung.
Blieben Sie gesund!

NOTRUF

- 110** Polizei / Unfall / Überfall
- 112** Rettungsdienst / Feuerwehr
- 116 116** Sperr-Notruf
(Bank-, Kredit-, Handykarten, Onlinebanking, etc.)

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst und behandelnde Ärzte weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift

FORUM SENIOREN RHEINBACH

Diese Notfallkarte soll in für Sie bedrohlichen Situationen für helfende und rettende Dienste notwendige Informationen vermitteln.

Mit freundlicher Unterstützung der

| Persönliche Daten | |
|-------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Straße | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | |

| Hausarzt | |
|---------------|--|
| Name | |
| Straße | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon / Fax | |

| Krankenkasse | |
|-------------------|--|
| Versicherungs-Nr. | |
| | |
| | |

| Zu benachrichtigende Personen | | |
|-------------------------------|-----------------|--|
| 1. | Name, Vorname | |
| | Straße | |
| | PLZ, Ort | |
| | Telefon / Handy | |
| 2. | Name, Vorname | |
| | Straße | |
| | PLZ, Ort | |
| | Telefon / Handy | |

| | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Organspendeausweis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Betreuungsverfügung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| Bevollmächtigte Personen oder gesetzliche/r Betreuer/in | |
|---|--|
| | |
| | |
| | |

| Erkrankungen / Vorerkrankungen | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bypass-Operation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Antikoagulation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie (Fallsucht) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Glaukom (Grüner Star) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| Aktuelle Medikamente | |
|--|--|
| Bitte alle regelmäßig einzunehmenden Medikamente eintragen | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Erkrankungen / Vorerkrankungen | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Dialyse seit: | | |
| Hämophilie (Bluterkrankung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| welche: | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Allergien / Unverträglichkeiten | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Einnahmerhythmus | | | | |
|------------------|---------|---------|--------|--------|
| | morgens | mittags | abends | nachts |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |