

Besondere Medikamente			
Marcumar/ASS	Heparin		
Cortison	Insulin		

Besonderheiten			
Herzschrittmacher	Verwirrtheit		
MRSA	HIV		
Kontrastmittel			
Allergien / Unverträglichkeit			

Besonderheiten			
Hörgerät	Prothese oben		
Sehhilfe	Prothese unten		
Gehhilfe			
Andere Hilfsmittel			

Letzter Krankenhausaufenthalt	
Name	
Krankenhaus	
Abteilung	
Ort, Datum	

Besonderheiten		
Organspender	Ja	Nein

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

Datum, Unterschrift

**Mit
freundlicher
Unterstützung
der –**



Notfall-Karte Notruf 112

**Im Notfall
vom Rettungsdienst
mitzunehmen und
dem behandelnden
Arzt vorzulegen!**

Mit der Versichertenkarte aufbewahren



Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Plz, Wohnort	
Telefon	

Hausarzt	
Tel. des Arztes	
Krankenkasse	
Versicherungsnr.	
Privatkrankenkasse	

Zu benachrichtigende Personen (Name + Tel.)		
Alternativ (Name + Tel.)		
Patientenverfügung	Ja	Nein
Bevollmächtigte Personen oder gesetzl. Betreuer (Name und Tel.)		

Grunderkrankungen			
Blutgruppe			

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommen Medikamente eintragen)			

morgens	mittags	abends	nachts