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 –

Volksbank Altenberge

Notfall-Karte Notruf 112

Im Notfall

vom Rettungsdienst mitzunehmen und dem behandelnden Arzt vorzulegen!

Mit der Versichertenkarte aufbewahren

Senioren-Beirat Altenberge

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
Bevollmächtige Personen oder gesetzl. Betreuer (Name und Tel.)

Grunderkrankungen
Blutgruppe

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommen Medikamente eintragen)

morgens	mittags	abends	nachts