

**Vom Rettungsdienst mitzunehmen
und im Krankenhaus abzugeben**

Notruf: 112



Gemeinde Everswinkel

In Kooperation mit



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon _____

Hausarzt: _____

Tel.Nr. des Arztes: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Pflegedienst o.ä.:

Zu benachrichtigende Person (Name und Tel.Nr.)

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht: ja / nein

**Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer
(Name und Tel.Nr.)**

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

Datum, Unterschrift:

bitte Rückseite beachten!

Grunderkrankungen: _____

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommene Medikamente eintragen) morgens mittags abends nachts

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Medikamente: Marcumar Heparin
 Cortison Insulin

Besonderheiten: Herzschrittmacher Verwirrtheit Weglauftendenz
 MRSA Allergien / Unverträglichkeiten:

Vorhandene Hilfsmittel: Hörgerät Sehhilfe Gehhilfe
 Zahnprothese: oben unten

Andere Hilfsmittel: _____

Weitere Anmerkungen: _____

Letzter Krankenhausaufenthalt _____
(Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum)

ausgestellt durch: _____
(Datum, Unterschrift)

aktualisiert: _____
(Datum, Unterschrift)