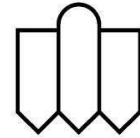


# Vom Rettungsdienst mitzunehmen und im Krankenhaus abzugeben

**Notruf: 112**



STADT WARENDORF

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

	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"/>
_____	<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:**

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Heparin |
| <input type="checkbox"/> Cortison | <input type="checkbox"/> Insulin |

**Besonderheiten:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit                           | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> MRSA              | <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: _____ |   |

**Vorhandene Hilfsmittel:**

- |  |                                   |                                   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörgerät      | <input type="checkbox"/> Sehhilfe | <input type="checkbox"/> Gehhilfe |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese: | <input type="checkbox"/> oben     | <input type="checkbox"/> unten    |

**Andere Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_

**Weitere Anmerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Letzter Krankenhausaufenthalt**

( Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum )

ausgestellt durch: \_\_\_\_\_  
( Datum, Unterschrift)

aktualisiert: \_\_\_\_\_  
( Datum, Unterschrift)