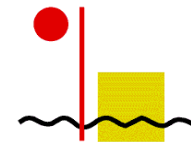


Vom Rettungsdienst mitzunehmen und im Krankenhaus abzugeben

Notruf: 112



Gemeinde Sassenberg

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:

<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)