

Wie oft haben Sie im Notfall schon nach den entsprechenden Papieren gesucht?

Wir wollen Ihnen helfen, die notwendigen Daten griffbereit zu haben. Bei Notfällen, besonders in der Nacht oder am Wochenende, wird der Notdienst gerufen. Der begleitende Arzt stellt Fragen zur Krankengeschichte, Vorbehandlung, Medikamenteneinnahme – wichtige Daten, um die richtige Behandlung einleiten zu können – und dann beginnt die Sucherei und das hilflose Schulterzucken.

Für den Fall haben wir eine Notfallkarte herausgegeben. In diese grüne Karte sollte die/der Hausärztin/Hausarzt wichtige medizinische Daten, zum Beispiel Vorerkrankungen und Medikamente, eintragen.

Die Krankenhausärzte in dieser Region kennen die grüne Notfallkarte schon. Die Notfallkarte kann dann z.B. an der Innenseite der Wohnungstür aufgehängt werden, damit sie im Notfall sofort zu finden ist.

Die Notfallkarte kann Leben retten!



Vom Rettungsdienst mitzunehmen, im Krankenhaus abzugeben!

Notruf 112

Persönliche medizinische Informationen
Das spart Zeit und kann im Notfall Leben retten!

Name _____

Hausarzt _____

Vorname _____

Tel. Arzt _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Straße _____

Vers. Nr. _____

PLZ, Ort _____

Pflegedienst _____

Tel.Nr _____

Zu benachrichtigende Person (Name , Tel.Nr.)

Patientenverfügung / Vollmacht

Ja / Nein

Hinterlegt bei: _____

(Bevollmächtigte Person/ gesetzlicher Vertreter)

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet
Ich bin damit einverstanden, dass die Daten an
den Rettungsdienst und Krankenhaus
gegeben dürfen.

Name

Tel.Nr.

Unterschrift

Datum

Grunderkrankungen: _____

Aktuelle Medikamente:	morgens	mittags	abends	nachts
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Besondere Medikamente

- Macumar Heparin Cortison Insulin Antibiotikum

Besonderheiten:

- Herzschrittmacher Verwirrtheit Weglauftendenz
 MRSA Allergien / Unverträglichkeit _____ Organspende o ja o nein

Hilfsmittel

- Hörgerät Sehhilfe Gehhilfe Zahnprothese oben unten

Andere Hilfsmittel _____

Letzter Krankenhausaufenthalt _____

Name Krankenhaus *Abteilung* *Ort* *Datum*

ausgestellt durch: _____
Unterschrift *Datum*

aktualisiert: _____
Unterschrift *Datum*