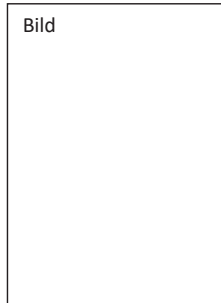


Persönliche Daten und wichtige Informationen:		
Frau	Herr	Nationalität:
Name:		Muttersprache:
Vorname:		Religion:
Geb. am:		Krankenkasse:
Straße/Nr.:		Vers.-Nr.:
PLZ/Ort		Blutgruppe:



Allergien und Unverträglichkeiten von Medikamenten und Lebensmitteln:

Hausärztin/-arzt:	Pflege Privat / Pflegedienst:
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Tel. Arbeit:
Fax:	Tel. Privat:
	Tel. Mobil:

Haben Sie Erkrankungen/ Therapien die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben könnten? (Bitte ankreuzen)		
Herzinfarkt	Nein	Ja! Wann?
Herzschrittmacher	Nein	Ja! Wann?
Bypass Operation	Nein	Ja! Wann?
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Nein	Ja, Werte:
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Nein	Ja, Werte:
Schneller Puls (Tachykardie)	Nein	Ja, Werte:
Langsamer Puls (Bradykardie)	Nein	Ja, Werte:
Diabetes	Nein	Ja, Typo?
Schlaganfall	Nein	Ja! Wann?
Nierenerkrankung / Dialyse	Nein	Ja! Seit:
Anfallsleiden / Epilepsie	Nein	Welches?

Wo bewahren Sie folgende Dinge auf?	Nehmen Sie folgende Medikamente? Bitte ankreuzen!	
Medikamente:	Asthma	Epilepsie
Notfallkoffer:	MS	Herz
Patientenverfügung:	Diabetes	Blutdruck
Organspendeausweis:	Demenz	Parkinson
Impfpass:	Schlaganfall	Weitere?

Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus:

Welche Medikamente werden täglich eingenommen? Präparat / Dosis / Menge / seit wann (Datum):
Bitte aktuellen Medikamentenplan beilegen!

Notfallkontakt Person 1:	Notfallkontakt Person 2 / Arbeit:
Beziehung:	Beziehung:
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Tel. Arbeit:	Tel. Arbeit:
Tel. Privat:	Tel. Privat:
Tel. Mobil:	Tel. Mobil:

Haben Sie Angehörige, die einer täglichen Pflege bedürfen oder von Kindergärten/Schulen oder anderen Einrichtungen abgeholt werden müssen?	
Name, Vorname:	Anschrift:
Telefon:	
Tel. Mobil:	