

Notfall- pass



☐ Ich bin Organspender und trage einen Organspendeausweis bei mir

☐ Ich lehne Organspende ab

Zu benachrichtigende Person

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Patientenverfügung

☐ ja ☐ nein

Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer (Name und Telefonnummer)

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

Datum: _____ Unterschrift: _____

Eigene Anschrift

Name: _____

Vorname: _____

Geboren: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Blutgruppe und Rh-Faktor

Grunderkrankungen

- ☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes
☐ Hämophilie ☐ Herzinfarkt
☐ Asthma ☐ sonstiges:

Allergien/Unverträglichkeiten

Besonderheiten

- ☐ Herzschrittmacher ☐ Verwirrtheit
☐ MRSA ☐ HIV
☐ Weglauftendenz ☐ Epilepsie

Vorhandene Hilfsmittel

- ☐ Hörgerät ☐ Prothese
☐ Sehhilfe ☐ Gehhilfe
☐ andere Hilfsmittel:

Medikamente

Anwendung spezieller Medikamente

- ☐ Cortison ☐ Insulin
☐ Heparin ☐ Marcumar

Präparat	Dosis	Seit wann?

Hausarzt / Krankenkasse / Pflege

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegedienst o. ä.: _____