

Notfall-Informationen

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
T/M/J

Erkrankungen:

Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes (Zucker)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Bypass	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie (Fallsucht)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Welche?					Dialyse seit:		
Antikoagulation (Gerinnung/Blutverdünnung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hämophilie (Bluterkrankung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Herzschrittmacher/Defibrillator	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welche?				
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Asthma/chronische Bronchitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welche?				
Glaukom (Grüner Star)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Künstliche Gelenke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Welche?							

Schutzimpfungen (Tetanus):

Datum	Präparat

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Name/Wirkstoff	Dosis/Menge

Notfall-Kontakte:

Vorname	Nachname	Telefon
Hausarzt:		

Dokumente und Aufbewahrungsort:

Organspendeausweis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Vorsorgevollmacht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Betreuungsverfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Patientenverfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Hinweise:

weitere Hinweise ggf. auf der Rückseite notieren