Marcumar	Insulin	
sonst. Blutverdünner		
Besonderheiten		
Herzschrittmacher	Verwirrtheit/Demenz	
KH Keime	Diabetes	
Weglauftendenz	Inkontinenz	
Allergien/Unverträ	aglichkeiten	
Vorhandene Hilfs	mittel	

Weitere Anmerkungen				
Letzter Krankenhausaufenthalt				
Name				
Krankenhaus				
Abteilung				
Ort, Datum				
Aktualisiert				
Datum				
Unterschrift				
Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergegeben werden dürfen.				

Weitere wichtige Informationen	

NOTFALL-KARTE

Kassenärztliche Bereitschaft 116 117

Notruf 112

vom Rettungsdienst mitzunehmen und dem behandelnden Arzt vorzulegen.



Name		
Vorname		
GebDatum		
Straße, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon		
Hausarzt		
TelNr. Arzt		
Krankenkasse		
Pflegedienst/Tel.		
Zu benachrichtigende Personen/Telefonnr.		

Grunderkrankungen		
Aufbewahrungsorte für		
Medikamente:		
Notfallkoffer:		
Patientenverfügung:		
Organspendeausweis:		
Impfpass:		
Patientenverfügung	Ja	Nein
Bereit zur Organspende Ja Nein		
Bevollmächtigte Personen oder gesetzl. Betreuer (Name, Telefonnummer)		

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen)

morgens	mittags	abends	nachts