



Ich habe ein Haustier

ja nein

Es wird versorgt durch:

Name

Telefon: _____

Das ist mir im Notfall wichtig: (z.B. Zeitung, Post)

Ort, Datum

Unterschrift

Notfall-Daten

Von: _____

Bitte griffbereit neben das Telefon legen!

Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| Ärztlicher Bereitschaftsdienst | 116 117 |
| Polizei | 110 |
| Feuerwehr, Rettung , Notarzt | 112 |
| Giftnotruf | 089 19240 |
| Telefonseelsorge | 0800 111 0111 |
| Kath. Pfarramt | 08122 42950 |
| Evang. Pfarramt | 08122 3338090 |

Zur Person:

Name, Vorname: _____

Straße, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____

Die Versichertenkarte befindet sich

Bitte benachrichtigen:

Name, Vorname: _____

Handynummer: _____

Festnetz: _____

Folgende Dokumente liegen vor:

Patientenverfügung ja nein

Verfügung befindet sich _____

Vorsorgevollmacht ja nein

Vollmacht befindet sich _____

Betreuungsverfügung ja nein

Verfügung befindet sich _____

Organspende Ausweis ja nein

Ausweis befindet sich _____

Maßnahmen im Notfall

Im Notfall zu benachrichtigen:

Name, Telefon _____

Name, Telefon _____

Im Notfall abzumelden:

Hausnotruf:

Anbieter: _____

Telefon: _____

Pflegedienst:

Anbieter: _____

Telefon: _____

Essen auf Rädern:

Anbieter: _____

Telefon: _____

Personen bzw. Dienste die einen Schlüssel für meine Wohnung besitzen:

Name, Telefon _____

Name, Telefon _____

Name, Telefon _____

Grunderkrankungen / Diagnosen/ Allergien

HIV (Aids) ja nein

Blutgerinnungshemmende Med. ja nein

Ausweis vorhanden ja nein

Ausweis befindet sich _____

Diabetes ja nein

Insulin: ja nein Tabletten: ja nein

Herzschrittmacher / Stent ja nein

Dialysepatient / Shunt / Port ja nein

Allergie ja nein

Allergien gegen: _____

Allergiepass vorhanden ja nein

Allergiepass befindet sich: _____

Psychische Erkrankungen ja nein

Anfallsleiden: ja nein

Nähere Beschreibung _____

Medizinische Daten

Blutgruppe: _____

Letzte Tetanusimpfung am: _____

Impfbuch vorhanden ja nein

Impfbuch befindet sich _____

Schwerbehinderung:

Art und Grad der
Behinderung: _____

Ausweis befindet sich _____

Implantate: ja nein

Art des Implantats

(z.B. Herzschrittmacher, Hüft,- Kniegelenk, Zähne usw.)

Transplantationen: ja nein

Art und Zeitpunkt der
Transplantation: _____

Derzeitige /andere schwere Erkrankungen

Medikamentenplan liegt vor ja nein

Aktuelle Fassung liegt diesem Dokument bei ja nein

Befindet sich _____