

# Vom Rettungsdienst mitzunehmen und im Krankenhaus abzugeben



**Notruf: 112**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. des Arztes: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Pflegedienst o.ä.: \_\_\_\_\_

Zu benachrichtigende Person (Name und Tel.-Nr.)

\_\_\_\_\_

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht:  ja /  nein

Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer  
(Name und Tel.-Nr.)

\_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift:

\_\_\_\_\_

**bitte Rückseite beachten!**

**Grunderkrankungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommene Medikamente eintragen)**

	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>	<b>nachts</b>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Besondere Medikamente:**  Marcumar  Heparin  
 Cortison  Insulin

**Besonderheiten:**  Herzschrittmacher  Verwirrtheit  Weglauftendenz  
 MRSA  Allergien / Unverträglichkeiten:

**Vorhandene Hilfsmittel:**  Hörgerät  Sehhilfe  Gehhilfe  
 Zahnprothese:  oben  unten

**Andere Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_

**Weitere Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

**Letzter Krankenhausaufenthalt:** \_\_\_\_\_  
(Name d. Krankenhauses, Abteilung, Ort, Datum)

**ausgestellt durch:** \_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)

**aktualisiert:** \_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)