Gemeinde Argenbühl
Landkreis Ravensburg

Mein persönliches Notfall-Infoblatt für das Argenbühler Notfall-Heft

Im Notfall zählt jede Sekunde.

Mit den aktuellen und freiwilligen Angaben auf diesem Notfall-Infoblatt zu Ihrem Gesundheitszustand, Allergien, Medikamenten, Kontaktpersonen und anderen Einzelheiten liefern Sie wichtige Informationen an Ihre Retter – damit diese noch besser und schneller auf Ihre Notfallsituation reagieren können.
Legen Sie dieses sehr wichtige und für die Ersthelfer wertvolle Blatt zusammen mit der Kopie der Patientenverfügung und evtl. einer Kopie des aktuellen Medikamenten-Planes sowie einer Kopie Ihrer Krankenversicherungskarte in Ihr Notfall-Heft!

Name:	**Nationalität:**
Vorname:	**Muttersprache:**
Geb.am:	**Religion:**
Straße/Nr.:	**Krankenkasse:**
	Vers.Nr.
PLZ/Wohnort:	**Blutgruppe:**

Beschreiben Sie jede Allergie oder Unverträglichkeit (auch Medikamente), unter der Sie leiden:

Beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien, die Einfluss auf eine Notfall-Behandlung haben können:

Herzinfarkt		**Nein**		**Ja, wann?**
Antikoagulation (Blutverdünnung)		**Nein**		**Ja**
Herzschrittmacher		**Nein**		**Ja, wann?**
Bypass-Operation/-en		**Nein**		**Ja, wann?**
Hypertonie (Bluthochdruck)		**Nein**		**Ja**
Asthma, Chronische Bronchitis		**Nein**		**Ja**
Diabetes (Zuckerkrankheit)		**Nein**		**Ja, Typ?**
Anfallsleiden / Epilepsie		**Nein**		**Ja**
Nierenerkrankung		**Nein**		**Ja**

Dialysebehandlung		**Nein**		**Ja, seit:**
Hämophilie (Bluterkrankheit)		**Nein**		**Ja, welche?**
Schlaganfall		**Nein**		**Ja, wann?**

Impfungen:
Präparat/Datum)

Gibt es noch weitere Diagnosen/Informationen
(Z.B. Hör-, Sprech-, Seh- oder Bewegungseinschränkungen, Behinderungen, Hilfsmittel, Sonstiges)

`

Hatten Sie in den letzten Jahren wichtige operative Eingriffe (z.B. Unfälle, Implantate)

Welche Medikamente nehmen Sie täglich ein? (Präparat/Dosis/seit (Datum)
Besitzen Sie einen Medikamentenplan, wenn ja, fügen Sie diesen in Kopie bei oder legen Sie ihn zu Ihren Medikamenten

Ihre Hausarztpraxis

Name:
Anschrift:
Telefon-Nr.

Wer pflegt sie? Privat / Pflegedienst

Name	
Anschrift	
Telefon-Nr. Arbeit	
Telefon-Nr. Privat	Telefon-Nr. Mobil

Wo sind Ihre Medikamente?

Raum/Ort:

Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

Wo liegt/ist sie?

(Legen Sie möglichst diesem Notfall-Infoblatt eine Kopie dieser Patientenverfügung bei)

Organspende Ausweis ☐ ja ☐ nein

Wo liegt/ist er?

Notfall-Kontaktperson 1	**Notfall-Kontaktperson 2/Arbeitgeber**
Beziehung	Beziehung
Name	Name
Anschrift	
Telefon-Nr. Arbeit	Telefon-Nr. Arbeit
Telefon-Nr. Privat	Telefon-Nr. Privat
Telefon-Nr. Mobil	Telefon-Nr. Mobil

Folgende Person verlässt sich auf meinen täglichen Kontakt und benötigt Pflege oder wird von der Kita / Schule bzw. Einrichtung abgeholt

Name	Anschrift
Telefon-Nr.	Telefon-Nr. Mobil
Name	Anschrift
Telefon-Nr.	Telefon-Nr. Mobil
Name	Anschrift
Telefon-Nr.	Telefon-Nr. Mobil

Haben Sie ein Haustier? ☐ ja ☐ nein

Tierart/Rasse	Name

Ist etwas Wichtiges/Besonderes bei der Pflege des Haustieres zu beachten?
Weitere Informationen zu Ihrem Haustier können Sie gerne als Anlage mit anheften)

Wer kann sich im Notfall um das Haustier kümmern bzw. versorgen?

Name	Telefon-Nr.

Wer hat dieses Notfall-Infoblatt ausgefüllt?

Name	

Ich versichere, alle Angaben nach meinem besten Wissen gemacht zu haben. Des Weiteren habe ich verstanden, dass ich selbst verantwortlich bin, dass alle Angaben auch weiterhin von mir auf dem neuesten Stand gehalten werden.
Haftungsausschluss: Die Nutzung von diesem Infoblatt sowie die gemachten Angaben liegen ausschließlich in Eigenverantwortung des Unterschreibenden.

Datum	Unterschrift	Unterschrift in Druckbuchstaben

Foto/Passbild Kleben Sie hier Ihr Foto ein, wenn mehr als eine Person im Haushalt lebt	