

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

Wer pflegt sie? Privat / Pflegedienst

Name

Anschrift

Telefon Arbeit

Telefon Privat

Telefon 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	
Tel. Arbeit	Tel. Arbeit
Tel. Privat	Tel. Privat
Tel. Mobil	Tel. Mobil

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

Name	Anschrift
Telefon	Tel. Mobil
Name	Anschrift
Telefon	Tel. Mobil
Name	Anschrift
Telefon	Tel. 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
------	---------

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	
--	--