

Grunderkrankung

Medikamentenplan Ja Nein

Besonderheiten Herzschrittmacher
 Weglauftendenz
 Verwirrtheit

Allergien/Unverträglichkeiten

Blutgruppe

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

Datum Unterschrift

Notfallkarte

Name, Vorname

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Persönliche Daten

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

Hausarzt

Anschrift

Telefon

Zu benachrichtigende Person(en)

Name

alternative

Telefon

Bevollmächtigte Person oder gesetzl. Betreuer

Name

Telefon

Ambulanter Pflegedienst

Kontakt/Telefon