



Vom Rettungsdienst mitzunehmen und im Krankenhaus abzugeben NOTRUF: 112



Name: _____ Hausarzt: _____

Mein Arzt ist Mitglied der genossenschaftlich organisierten Ärzte Aachen Land eG im Gesundheitsverbund West eG. Es existiert eine elektronische Gesundheitskarte.

Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße:	_____
PLZ, Wohnort:	_____
Telefon:	_____

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)

morgens mittags abends nachts

<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:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Heparin |
| <input type="checkbox"/> Cortison | <input type="checkbox"/> Insulin |

Besonderheiten:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: | |

Vorhandene Hilfsmittel:

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Sehhilfe | <input type="checkbox"/> Gehhilfe |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese: | <input type="checkbox"/> oben | <input type="checkbox"/> unten |

Andere Hilfsmittel:

Weitere Anmerkungen :

Letzter Krankenhausaufenthalt

_____ (Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum)

ausgestellt durch: _____
(Datum, Unterschrift)

aktualisiert: _____
(Datum, Unterschrift)