

Was ist im Notfall zu tun

Notruf wählen: 112

- Wo ist etwas passiert?
- Was ist geschehen?
- Wie viele Verletzte gibt es?
- Welche Verletzungen?
- Wer meldet den Unfall?
- Auf Rückfragen warten
- Unfallstelle sichern
- Wunden versorgen
- Person beruhigen, bei ihr bleiben
- Auf eigene Sicherheit achten

Alle Angaben habe ich gewissenhaft ausgefüllt. Ich bin selbst für die Aktualität der Angaben zuständig.

Datum

Unterschrift

Vorerkrankungen

Bitte kreuzen Sie Ihre Erkrankungen bzw. vorliegende Diagnosen im Folgenden an.

	Ja	Wann/ Typ	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Blutverdünnung	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Bypass- OP	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Krampfleiden	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Multiresist. Keim	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall bleibende Schäden		<input type="text"/>	

Weitere Erkrankungen

Sonstige wichtige Hinweise

Hilfsmittel

Brille ja nein

Hörgerät links rechts nein

Haustier ja, welches? nein

Wer passt auf das Haustier im Notfall auf?

Name:

Telefonnr.:

Vorsorgemappe ja, wo nein

Patientenverfügung ja, wo nein

Vorsorgevollmacht ja, wo nein

Organspender ja nein

Organspendeausweis wenn ja, wo?

Impfausweis wo?



Bitte hier ein
aktuelles Foto von
Ihnen aufkleben
oder beifügen

Hinweise zum Steckbrief

Bitte füllen Sie dieses Hinweisblatt mit Kugelschreiber aus. Verschrauben Sie die Dose und stellen Sie diese in die Kühltür. Sollten Sie in einem Notfall nicht ansprechbar sein, finden die Helfer schnell die wichtigsten Informationen über Sie. Bitte aktualisieren Sie regelmäßig dieses Hinweisblatt und den Medikamentenplan.

Persönliche Daten

Geschlecht:

Name:

Vorname:

Muttersprache:

Geburtsdatum:

Straße und Nr.:

PLZ, Ort:

Blutgruppe:

Krankenkasse:

Versicherungsnr.:

Telefon:

Handynr.:

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

Kontaktperson 1

Name:

Straße und Nr.:

PLZ, Ort:

Beziehung:

Telefonnr.:

Handynr.:

Kontaktperson 2

Name:

Straße und Nr.:

PLZ, Ort:

Beziehung:

Telefon:

Handynr.:

Hausarzt

Name:

Straße und Nr.:

PLZ, Ort:

Telefonnr.:

Facharzt

Name:

Straße und Nr.:

PLZ, Ort:

Telefonnr.:

Pflegedienst

Name:

Straße und Nr.:

PLZ, Ort:

Telefonnr.:

Apotheke

Ort:

Medikamente

Bitte legen Sie eine Kopie des aktuellen Medikamentenplans nach dem letzten Arztbesuch in die Notfalldose.

Wo werden die Medikamente aufbewahrt?

Welche Medikamente vertragen Sie nicht?

Haben Sie Allergien?