

Notfall-Karte

## Notfall-Karte

.....  
Vor - Nachname

Datum: .....

.....  
Unterschrift

### Meine Daten

|          |  |
|----------|--|
| Name     |  |
| Vorname  |  |
| geb.     |  |
| Str./Nr. |  |
|          |  |
| PLZ/Ort  |  |
|          |  |

### Hausarzt

|         |  |
|---------|--|
| Name    |  |
| PLZ/Ort |  |
| Tel.    |  |
| Mobil   |  |

### Kontakt-Personen

| Beziehung   |  |
|-------------|--|
| Name        |  |
| Vorname     |  |
| Tel. privat |  |
| Tel. Arbeit |  |
| Mobil       |  |
|             |  |
| Beziehung   |  |
| Name        |  |
| Vorname     |  |
| Tel.        |  |
| Mobil       |  |

### Zustimmung:

Ich bin einverstanden, dass diese Daten in einer Notsituation an den Rettungsdienst und das Krankenhaus weitergegeben werden dürfen.

Stadtseniorenrat  
Wildberg e.V.



11/2019

### Erkrankungen / Vor-Erkrankungen

|                                  |                               |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Herzinfarkt                      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wann   |
| Bypass-Operation/-en             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wann   |
| Antikoagulation (Blutverdünnung) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja         |
| Herzschrittmacher                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja         |
| Bluthochdruck                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja         |
| Asthma / Chronische Bronchitis   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja         |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Typ    |
| Nierenerkrankung                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja         |
| Dialyse                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit   |
| Hämophilie (Bluterkrankung)      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche |
| Epilepsie (Fallsucht)            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja         |
| Schlaganfall                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wann   |

### Allergien und Unverträglichkeiten (auch Medikamente)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

### Medikamenteneinnahme / siehe Medikamentenplan

| Medikament | morgens | mittags | abends |
|------------|---------|---------|--------|
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |

### Wichtige operative Eingriffe (z.B. Unfälle, Implantate)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Zahnprothese herausnehmbar ?  oben  unten

**Empfehlung:** Notfall-Karte zuerst ausfüllen, danach zuschneiden und falten

- Falten:**
1. Nach dem Zuschneiden (rote Begrenzungslinien) lange Seite in der Mitte falten. Beschriftung muss **außen** sein !
  2. kurze Seite mittig falten: „Meine Daten“ und „Kontakt-Personen“ müssen **innen** sein
  3. Die Seiten „Notfallkarte“ und „Zustimmung“ bündig nach außen falten.