

Mein Notfall-Infoblatt (Freiwillige Angaben)	
Name	Nationalität
Vorname	Muttersprache
Geb. am	Religion
Straße/Nr.	Krankenkasse
	Vers. Nr.
PLZ/Ort	Blutgruppe
Tel. Privat	Arbeitgeber
Tel. Mobil	Tel. Arbeit
Beschreiben Sie jede Allergie oder Unverträglichkeit (auch Medikamente) unter der/denen Sie leiden:	

Beschreiben Sie **Krankheiten** oder **Arzneitherapien**, die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben könnten

Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, wann
Antikoagulation (Blutverdünnung)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Herzschrittmacher	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, wann
Bypass-Operation/-en	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, wann
Hypertonie (Bluthochdruck)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Asthma, Chronische Bronchitis	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Diabetes (Zuckerkrankheit)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, Typ
Anfallsleiden/Epilepsie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Nierenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Dialysebehandlung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, seit wann
Hämophilie (Bluterkrankung)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, welche
Schlaganfall	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, wann
Impfungen (Präparat/Datum)			

Gibt es noch weitere **Diagnosen/Informationen** (z.B. Hör-, Sprech-, Seh-, oder Bewegungseinschränkungen, Behinderungen, Hilfsmittel, Sonstiges)

Beschreiben Sie wichtige **operative Eingriffe** (z.B. Unfälle, Implantate)

Welche **Medikamente** nehmen Sie täglich ein? (Präparat/Dosis/Seit wann)

Ihre Hausarztpraxis	Wo haben Sie Ihre/n Raum/Ort für
Name	Medikamente
Straße/Nr.	Notfallordner
PLZ/Ort	Patientenverfügung
Telefon	Organspendenausweis
Wer Pflegt Sie? (Privat/Pflegedienst)	Kliniktasche
Name	Kleben Sie hier ein Foto von sich ein (freiwillig)
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon	

Notfall-Kontaktperson 1	Notfall-Kontaktperson 2
Beziehung	Beziehung
Name	Name
Straße/Nr.	Straße/Nr.
PLZ/Ort	PLZ/Ort
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

Haben Sie ein Haustier? Nein Ja

Tierart/Rasse/Name

Gibt es **Besonderheiten**, die bei der Pflege des Haustieres zu beachten sind?

(Weitere Informationen zu Ihrem Haustier können Sie als Anlage mit in die Notfalldose legen.)

Wer kann sich im **Notfall** um das **Haustier** kümmern bzw. es versorgen

Name	Telefon
------	---------

Wer hat dieses Notfall-Infoblatt ausgefüllt?

Name	Beziehung
------	-----------

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. Hinweis: Die Nutzung von diesem Info-Blatt sowie die gemachten Angaben liegen ausschließlich in der Eigenverantwortung des Unterschreibenden.

1 Notfalldose

1 Notfall-Infoblatt

2 Aufkleber

Im Notfall zählt jede Sekunde

Mit den aktuellen und freiwilligen Angaben auf diesem Notfall-Infoblatt zu Ihrem Gesundheitszustand, Allergien, Medikamenten, Kontaktpersonen und anderen Einzelheiten richten Sie wichtige Informationen an Ihre Retter – **damit diese noch besser und schneller auf Ihre Notfallsituation reagieren können.**

Füllen Sie dieses Notfall-Infoblatt, nach besten Wissen auf beiden Seiten mit einem Kugelschreiber (in Block Großbuchstaben) aus.

Bitte beachten Sie dabei:

- Für jede im Haushalt lebende Person sollte ein eigenes Notfall-Infoblatt ausgefüllt werden.
- Platzieren Sie Ihre **Notfalldose** gut sichtbar in Ihrer **Kühlschrank-Tür**, wo sie schnell und sicher von den Rettungskräften gefunden werden kann.
- Kleben Sie einen **Aufkleber** von **außen** auf den Kühlschrank und einen auf die **Innenseite** Ihrer **Eingangstür** (jeweils gut sichtbar in Augenhöhe).
- Stellen Sie sicher, dass Ihr **aktueller** Medikamentenplan immer bei Ihren Medikamenten liegt. Achten Sie darauf, dass Ihr Notfall-Infoblatt so weit wie möglich ausgefüllt und mit Datum und Unterschrift versehen ist, **bevor** es in die Notfalldose gesteckt wird.

Datum _____ Unterschrift _____

Unterschrift in Druckbuchstaben