

## Wichtige Informationen im Notfall

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Organspende

Ich habe einen Organspendeausweis:  Ja  Nein

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

### Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung:  Ja  Nein

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

**Im Notfall zu benachrichtigende Personen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Betreuende Ärzte / Dienste****Hausarzt**

Name/Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Zahnarzt**

Name/Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Fachärzte / Sonstige**

Name/Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name/Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Pflegedienst**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Notrufdienst / Hausnotruf**Es ist ein Notrufdienst / Hausnotruf eingerichtet:  Ja  Nein

Anbieter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Haustiere**

Die Versorgung meiner Haustiere im Notfall übernimmt:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich habe Einzelheiten zur Versorgung meiner Haustiere im Notfall festgelegt:  Ja  Nein

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_