

Mein Notfall-Infoblatt (freiwillige Angaben)



Name	Nationalität
Vorname	Muttersprache
Geb. am	Religion
Straße/Nr.	Krankenkasse
	Vers.-Nr.
PLZ/Ort	Blutgruppe

Beschreiben Sie jede **Allergie oder Unverträglichkeit** (auch Medikamente) unter der Sie leiden

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



Herzinfarkt	<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, wann?
Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Hypertonie (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?
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit:
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann?

Impfungen (Präparat / Datum) oder wo haben Sie Ihren Impfpass (Raum / Ort)?

--

Alle Rechte, einschließlich der Vervielfältigung, Veröffentlichung, Bearbeitung und Übersetzung, bleiben vorbehalten. acavi GmbH, www.acavi.com

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 (Datum)

(Sofern vorhanden, legen Sie der Notfalldose eine Kopie des **aktuellen** Medikamentenplans bei)

--

Ihre Hausarztpraxis

Name
Anschrift
Telefon

Wer pflegt Sie? Privat / Pflegedienst

Name
Anschrift
Tel Arbeit
Tel Privat
Tel Mobil

Wo haben Sie Ihre / n (Raum / Ort)

Medikamente
Vorsorgevollmacht
Patientenverfügung
Organspendeausweis
Notfallordner

Kleben Sie hier **Ihr Foto** ein, wenn mehr als eine Person im Haushalt lebt.



Notfall-Kontaktperson 1

Beziehung
Name
Anschrift
Tel Arbeit
Tel Privat
Tel Mobil

Notfall-Kontaktperson 2/Arbeitgeber

Beziehung
Name
Anschrift
Tel Arbeit
Tel Privat
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, wieviele

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. 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 Infoblatt sowie die gemachten Angaben liegen ausschließlich in Eigenverantwortung des Unterschreibenden.

Datum	Unterschrift	(Unterschrift in Druckbuchstaben)
-------	--------------	-----------------------------------

0320 | 150 K. All rights reserved by www.notfalldose.de

acavi GmbH, Heerenholz 16, 28307 Bremen, Germany



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 bestem Wissen auf beiden Seiten mit einem Bleistift (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.