

**Letzter Krankenhausaufenthalt**

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Wichtige Eintragungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergeleitet werden dürfen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vorhandene Hilfsmittel:**

Sehhilfe  Prothese

Hörgerät  oben

Gehhilfe  unten

andere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

Herzschrittmacher  MRSA

Weglauftendenz  HIV

Verwirrtheit  Hepatitis

**Besondere Merkmale:**

Blutverdünner  Heparin

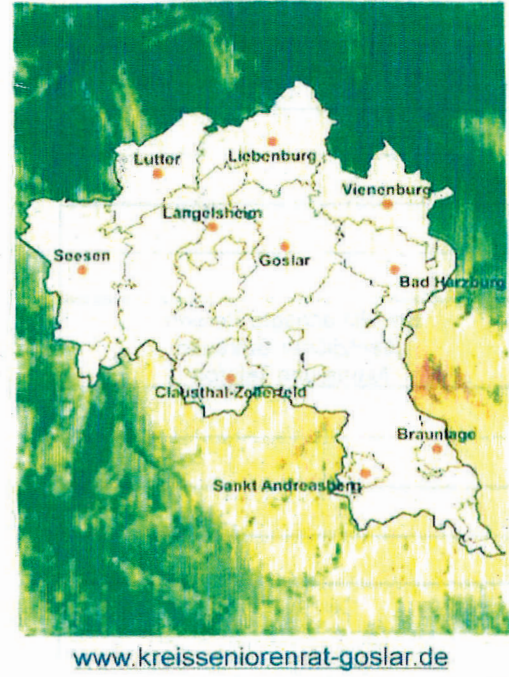
Cortison  Insulin

**Allergien / Unverträglichkeiten**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Notfallkarte**

**Notruf 112**

Überreicht durch

**Kreissenorenrat**  
im  
**Landkreis Goslar**

Bitte regelmäßig  
aktualisieren

**Grunderkrankung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

morgens: \_\_\_\_\_ mittags: \_\_\_\_\_ abends: \_\_\_\_\_ nachts: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamente**  
(bitte alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen)

ja  nein

**Bereit zur Organspende**

ja  nein

**Patientenverfügung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zu benachrichtigende Personen  
(Name, Telefon und Adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bevollmächtigte Person,  
gesetzlicher Betreuer,  
Name und Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

Geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Versicherungs Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegedienst o. ä.: \_\_\_\_\_