

# Druckvorlage Notfallpass A4



Ich bin Organspender und trage einen Organspendeausweis bei mir  
 Ich lehne Organspende ab

**Zu benachrichtigende Person**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung**  
 ja  nein

**Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer (Name und Telefonnummer)**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

# Notfall- pass



**Eigene Anschrift**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geboren: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Blutgruppe und Rh-Faktor**

\_\_\_\_\_

**Grunderkrankungen**

- Bluthochdruck     Diabetes
- Hämophilie         Herzinfarkt
- Asthma                 sonstiges:

\_\_\_\_\_

**Allergien/Unverträglichkeiten**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besonderheiten**

- Herzschrittmacher     Verwirrtheit
- MRSA                     HIV
- Weglauftendenz        Epilepsie

**Vorhandene Hilfsmittel**

- Hörgerät     Prothese
- Sehhilfe     Gehhilfe
- andere Hilfsmittel:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamente**

**Anwendung spezieller Medikamente**

- Cortison     Insulin
- Heparin     Marcumar

Präparat	Dosis	Seit wann?

**Hausarzt / Krankenkasse / Pflege**

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Pflegedienst o. ä.: \_\_\_\_\_