

Notfallkarte für den Rettungsdienst

Die Notfallkarte für den Rettungsdienst wird für Personen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko eingeführt, damit die Rettungskräfte im Notfall einen schnellen Zugang zu den wichtigsten Gesundheitsdaten einer Patientin oder eines Patienten haben. Sie soll - in einem verschlossenen Briefumschlag - an einer gut einsehbaren Stelle im Eingangsbereich der Wohnung aufgehängt werden. Der Rettungsdienst kann den Umschlag zu einer Akutbehandlung öffnen beziehungsweise im Krankenhaus abgeben.

Sie können die Datei von der Internetseite www.ahlen.de herunterladen, ausdrucken und mit Ihrem Hausarzt oder Pflegedienst ausfüllen.

Die Notfallkarte und der gekennzeichnete Umschlag liegt beim Bürgerservice der Stadt Ahlen und bei Ihrer ortsansässigen Krankenkasse kostenlos zur Abholung bereit.

Schreiben Sie auf den verschlossenen Briefumschlag mit dem Aufdruck "Notfallkarte" das Datum der letzten Aktualisierung. Diese sollte regelmäßig in Absprache mit Ihrem Hausarzt erfolgen.

Bitte fügen Sie der Notfallkarte auch eine Kopie Ihres Medikamentenplanes (soweit vorhanden) bei.

Notfallkarte für den Rettungsdienst

letzte Aktualisierung: _____



Vom Rettungsdienst mitzunehmen und im Krankenhaus abzugeben

Notruf: 112

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon _____

Hausarzt: _____

Tel.Nr. des Arztes: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Pflegedienst o.ä.:

Zu benachrichtigende Person (Name und Tel.Nr.)

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht: ja / nein

**Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer
(Name und Tel.Nr.)**

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

Datum, Unterschrift:

bitte Rückseite beachten!

Grunderkrankungen:

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommene Medikamente eintragen)

morgens mittags abends nachts

<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Medikamente:

<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Heparin
<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Insulin

Besonderheiten:

<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: _____	

Vorhandene Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Sehhilfe	<input type="checkbox"/> Gehhilfe
<input type="checkbox"/> Zahnprothese: <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten		

Andere Hilfsmittel:

Weitere Anmerkungen:

Letzter Krankenhausaufenthalt

(Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum)

ausgestellt durch: _____
(Datum, Unterschrift)

aktualisiert: _____
(Datum, Unterschrift)