

**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 gerne 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)

05/17 | 40T - Copyright: notfalldose.de



# 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 Kugelschreiber (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 Kühlschranks-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.

## 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 checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja, wann?
Antikoagulation (Blutverdünnung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja
Herzschrittmacher	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja, wann?
Bypass-Operation/-en	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja, wann?
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja
Asthma, Chronische Bronchitis	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja, Typ?
Anfallsleiden / Epilepsie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja
Nierenerkrankung	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja
Dialysebehandlung	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja, seit:
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja, welche?
Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ja, wann?

Impfungen:  
(Präparat / Datum)

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))


Ihre Hausarztpraxis

Name
Anschrift
Telefon

Wo sind Ihre Medikamente?

Raum/Ort:	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wo liegt/ist sie?	
Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wo liegt/ist er?	

Wer pflegt Sie? Privat / Pflegedienst

Name
Anschrift
Tel Arbeit
Tel Privat
Tel Mobil

**Foto / Paßbild**

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

