

Notfallausweis

Bei Notfällen schauen Notärzte in der Regel zuerst im Geldbeutel des Betroffenen nach, ob dieser einen medizinischen Ausweis, Gesundheitspass oder dergleichen mit sich führt.

Wir empfehlen Ihnen, den ausgefüllten Notfallausweis auszuschneiden und am besten immer mit sich im Geldbeutel mitzuführen.

Dadurch kann der Notfallausweis schnell zum Lebensretter werden.

Ausweis hier abtrennen

Patientenverfügung

- nein
 ja, wo hinterlegt

Bei Unfall bitte benachrichtigen

Name

Telefon

Name

Telefon

Hausarzt

Telefon

Polizei 110
Notruf / Feuerwehr 112
Ärztlicher Notdienst 116 117

Notfall Ausweis

Führen Sie diesen Ausweis
immer mit sich -
er kann lebensrettend sein.

Foto

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Straße

Telefon / Mobil

Vollmacht vorhanden

- nein
 ja, wo hinterlegt

Betreuungsverfügung vorhanden

- nein
 ja, wo hinterlegt

Rotkreuzdose

Die Rotkreuzdose

Die Rotkreuzdose ist eine Alternative oder Ergänzung zum Notfallausweis. Die Notfalldose kann lebensrettend sein, da sie in jedem Haushalt am gleichen, den Rettungsdiensten bekannten Ort platziert wird: in der Külschranktür. Aufkleber auf der Innenseite der Wohnungstür und dem Külschrank weisen Helferinnen und Helfer sowie Rettungskräfte auf die Dose hin.

Die Rotkreuzdose beinhaltet alle wichtigen Informationen, wie beispielsweise Kontaktdaten von Angehörigen, Hinweise zum Gesundheitszustand oder die Position wichtiger Unterlagen (wie z.B. Notfallmappe, Patientenverfügung ...).

Infos und Kontakt:

Bayerisches Rotes Kreuz
 Kreisverband Main-Spessart
 Wernfelderstr. 1+2
 97737 Gemünden a.Main
 Tel: 09351 / 5081 – 0
 E-Mail: info@kvmain-spessart.brk.de



Erkrankungen / Vorerkrankungen

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Antikoagulation (Blutverdünnung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma / chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bypass-Operationen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie (Fallsucht) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Glaukom (Grüner Star) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Große Operationen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hämophilie (Blutkrankheit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| welche _____ | | |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chronische Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Dialyse seit _____ | | |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stoffwechselkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| welche _____ | | |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| welche _____ | | |

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum	Präparat +Ch.B.
-----	-----
-----	-----

Medikamente

Datum	Dosis	seit
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Vermerke

Allergien:

ja nein

Welche _____

Blutgruppe und Rh-Faktor

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Bemerkung / Sonstiges

Datum Stempel, Unterschrift des Arztes