



Altengerechte  
Quartiere.NRW  
Eschweiler

## Vom Rettungsdienst mitzunehmen und im Krankenhaus abzugeben NOTRUF: 112



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

**Mein Arzt ist Mitglied der genossenschaftlich organisierten Ärzte Aachen Land eG im Gesundheitsverbund West eG. Es existiert eine elektronische Gesundheitskarte.**

Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße:	_____
PLZ, Wohnort:	_____
Telefon:	_____

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**

---

---

---

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

**Besondere Medikamente:**

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

**Besonderheiten:**

<input type="checkbox"/>	<b>Herzschrittmacher</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Verwirrtheit</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Weglaufftendenz</b>
<input type="checkbox"/>	<b>MRSA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		

**Vorhandene Hilfsmittel:**

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

**Andere Hilfsmittel:**

---

**Weitere Anmerkungen :**

---

**Letzter Krankenhausaufenthalt**

( Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum )

ausgestellt durch: \_\_\_\_\_  
( Datum, Unterschrift)

aktualisiert: \_\_\_\_\_  
( Datum, Unterschrift)