



Seniorenvertretung Gemeinde Rosdorf

Notruf: 112

Polizei: 110

Name: _____

Hausarzt: _____

Vorname: _____

Tel. Hausarzt: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

Versicherung Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Pflegedienst o. ä.: _____

Telefon: _____

Tel. Pflegedienst: _____

Zu benachrichtigende Person (Name und Tel. Nr.):

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht:

 Ja Nein

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.

Bevollmächtigte Person / gesetzliche Betreuer:
(Name, Telefonnummer)

Datum, Unterschrift

Grunderkrankungen: _____

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommenen 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"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Medikamente: Marcumar Heparin Cortison Insulin

Besonderheiten: Herzschrittmacher MRSA Verwirrtheit Allergien

Vorhandene Hilfsmittel: Hörgerät Sehhilfe Gehhilfe
 Zahnprothese oben unten

Andere Hilfsmittel: _____

Weitere Anmerkungen: _____
(z. B. Tiere)

Letzter Krankenhausaufenthalt: _____
(Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum)