

Personen, die im Notfall zu informieren sind

1. Name, Vorname:

Verhältnis zu mir:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail:

2. Name, Vorname:

Verhältnis zu mir:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail:

Haustiere

Halten Sie Haustiere? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?

Kontaktperson?

Telefon:

Wichtige Hinweise

Alle Informationen sind korrekt und wurden von mir ausgefüllt. Mir ist bewusst, dass es für mich wichtig ist, dass alle Informationen auf dem neuesten Stand gehalten werden.

Datum

Unterschrift

Die Notfalldose

Patienteninformationen

Persönliche Daten

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefonnummer:

Mobil:

Krankenkasse:

Anschrift:

Versicherungsnummer:

Hausärztin/Hausarzt:

Anschrift der Praxis:

Telefonnummer:

Stand 9/2026

Eine Initiative im
Rahmen der Kampagne:



Gemeinsam durchgeführt von:



Pflege/Pflegedienst/Private Pflege

Erhalten Sie Pflege? ☐ Ja ☐ Nein

Name Pflegedienst: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Betreuung

Haben Sie eine/n gesetzliche/n Betreuer/in? ☐ Ja ☐ Nein

Name Betreuer/in: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Informationen für den Notfall

Krankenhaus – Falls nötig, welches Krankenhaus bevorzugen Sie?

Haben Sie einen Krankenhauskoffer vorbereitet? ☐ Ja ☐ Nein

Wo befindet er sich? _____

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? ☐ Ja ☐ Nein

Wo befindet sie sich? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ Ja ☐ Nein

Wo befindet sie sich? _____

Haben Sie einen Impfpass? ☐ Ja ☐ Nein

Wo befindet er sich? _____

Wichtige Krankheiten/Einschränkungen

Gibt es wichtige Informationen, die von den Helfer-Diensten benötigt werden, z. B. allergische Reaktionen, Überempfindlichkeit auf Medikamente oder Nahrungsmittel, Verständigungsschwierigkeiten, Hör- oder Sehprobleme, medizinische Hilfegeräte...?

Blutgruppe:

Haben Sie Vorerkrankungen? (Bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ Asthma ☐ MS ☐ Schlaganfall ☐ Diabetes

☐ Parkinson ☐ Lähmung ☐ Epilepsie ☐ Demenz

☐ Herzprobleme ☐ Blutdruck: ☐ zu niedrig ☐ zu hoch

☐ Sonstiges: _____ ☐ medizinische Implantate: _____

Wo haben Sie Ihren Medikamentenplan aufbewahrt?

Sonstiges:
