



## Patientendaten für den Notfall

### Persönliches

Name, Vorname
Geburtsdatum
Familienstand
Religion
Muttersprache
Krankenkasse
Name des Ehe-/Lebenspartners
weitere Personen im Haushalt (Anzahl & Name)
Besteht eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wo ist diese zu finden?
Name, Adresse, Telefonnr. des nächsten entscheidungsbefugten Angehörigen außerhalb dieses Haushalts
Hautiere im Haus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten zu beachten?
Versorgung im Notfall: Name, Adresse, Telefonnr.
Datum der Erstellung des Bogens

### Medikamente

	Bitte ankreuzen	Name des Medikaments
Herz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruhigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
sonstige wichtige Infos		

Haben Sie Allergien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
--	------------------

Name, Adresse, Telefonnr. des Hausarztes	
Name, Adresse, Telefonnr. des Pflegedienstes	



## Erkrankungen

	Bitte ankreuzen	Erläuterung, wenn möglich
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzstent	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herz-OP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzklappe? Bypass?
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schneller Puls	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Langsamer Puls	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blutzuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mit Diät, Tabletten oder Insulin?
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nierenerkrankung/Dialyse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anfallsleiden/Epilepsie/ Parkinson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Psychiatrische Erkrankung (z.B. Depression, Demenz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
übertragbare Infektions- krankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Brille	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fernsichtbrille? Lesebrille?
Zahnprothese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fest? Locker? Herausnehmbar
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Links? Rechts? Beidseits?
sonstige wichtige Infos		
sonstige wichtige Infos		

Eine gepackte Krankenhaustasche steht bereit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wo?
Bevorzugen Sie ein Krankenhaus?	Wenn ja, welches?	