esondere Medikamente		Vorhandene Hilfmittel					
Marcumar	O Heparin	O Hörgerät	O Sehhilfe	○ Gehhilfe			
Cortison	○ Insulin	Zahnprothese	Oben	unten			
<i>l</i> eitere Besonde	rheiten	Andere Hilfsmittel					
Herzschrittma	cher						
Verwirrtheit	Weglauftendenz	Blutgruppe					
MRSA	○ HIV						
llergien/Unverträglichkeiten		Letzter Krankenhausaufenthalt					
		Ort/Datum					
		Krankenhaus					
		Abteilung					

Verwendungshinweis

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weiter gegeben werden.

aktualisiert

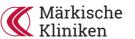
Datum

Unterschrift

Ihren Notfall-Ausweis sollten Sie immer bei sich tragen. Einen zweiten befestigen Sie bitte in Augenhöhe innen direkt neben Ihrer Wohnungstür. Danke!

Notfall-Ausweis Notruf 112

im Falle eines Notfalls vom Rettungsdienst mitzunehmen und dem behandelnden Arzt vorzulegen!



Klinikum Lüdenscheid Marienhospital Letmathe Stadtklinik Werdohl

Persönliche Daten	Zu benachrichtigende Personen	Grunderkrankungen				
Vorname Name	Name/Telefon					
Geburtsdatum						
Straße	Name/Telefon					
PLZ/Wohnort						
Telefon	Patientenverfügung ja nein	Medikamente (alle aktuell und regelmäßig eingenommenen)	morgens mi	ttags	abends	nachts
Hausarzt:	Organspendeausweis ja nein		\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc
Telefon Hausarzt:	Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer		\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc
Krankenkasse:	Name/Telefon		\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc
Pflegedienst:			\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc