

### Vorhandene Hilfsmittel

Herzschrittmacher Typ: \_\_\_\_\_

Implantate: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Weitere Anmerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergegeben werden dürfen.

### Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_

## Hinweise:

- *Notfall-Karte immer bei sich tragen*
- *Eine weitere Karte direkt neben Ihrer Wohnungstür anbringen*
- *Im Notfall dem Rettungsdienst mitgeben*

## Bleiben Sie gesund!

# Notfallkarte Notruf 112



Mit freundlicher Unterstützung

 Sparkasse  
Düren



Seniorenrat  
der Stadt Düren

### Ihre Daten

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

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

Telefon: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

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

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

### Pflegedienst

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

Telefon: \_\_\_\_\_

### Im Notfall zu benachrichtigende Person

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Alternativ zu benachrichtigen \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

### Patientenverfügung/Betreuungsvollmacht

Patientenverfügung  Ja  Nein

Betreuungsvollmacht  Ja  Nein

### Bevollmächtigte Person oder gesetzl. Betreuer

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

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Grunderkrankungen (z. B. Diabetes)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Besondere Medikamente

Marcumar

Heparin

Cortison

Insulin

andere: \_\_\_\_\_

### Aktuelle Medikamente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Blutgruppe

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Allergien/Unverträglichkeiten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_