Seniorenbeirat

Gemeinde Hagen im Bremischen

Notfallausweis für

Name: .....

Vorname: .....

geb. am: .....

Hausarzt: ..... ☏.....

Krankenkasse.....

Blutgruppe A ☐ B ☐ O ☐ Rh-pos. ☐ / Rh-neg. ☐

Herzinfarkt ☐nein ☐ja, wann .....

Bypass-Operation ☐nein ☐ja

Bypass-versorgte Gefäße:. .....

Diabetes ☐nein ☐ja, Behandlung (Insulin,Tabletten,Diät)

Bluthochdruck ☐nein ☐ja

Anfallsleiden ☐nein ☐ja
(Epilepsie)

Atemwegserkrankungen
(Asthma,chron.Bronchitis) ☐nein ☐ja

welche: .....

Nierenerkrankungen ☐nein ☐ja

Dialysepflichtigkeit seit: .....

Allergien ☐nein ☐ja
wogegen: .....

Schrittmacher ☐nein ☐ja

seit: .....

Antikoagulation ☐nein ☐ja
(blutverdünnende Therapie)

womit: .....

Bluterkrankheit ☐nein ☐ja

(Hämophilie) welche: .....

Im Notfall bitte benachrichtigen

Adresse: ....

☏ ....

Notfallrelevante Diagnosen
(z.B. Bluter)

1. .....
2. .....
3. .....

.

Weitere Diagnosen

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....

Röntgen

Datum

1. .....
2. .....

Organspender ☐nein ☐ja

Dauermedikamente

Medikament morgens/ mittags/ abends

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....

Impfungen siehe Impfpass

Auskunftfähiges Krankenhaus:

Name: .....

Ort: .....

☏ .....