

Weitere Anmerkungen

Letzter Krankenhausaufenthalt
Name
Krankenhaus
Abteilung
Ort, Datum
Aktualisiert
Datum
Unterschrift
<small>Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergeleitet werden dürfen.</small>
Datum, Unterschrift

Besondere Medikamente			
Gerinnungshemmer		Heparin	
Cortison		Insulin	
Betablocker		Bluthochdruck	
Besonderheiten			
Herzschrittmacher		Verwirrtheit	
MRSA		HIV	
Weglaufftendenz			
Allergien/Unverträglichkeiten			

Vorhandene Hilfsmittel			
Hörgerät		Prothese oben	
Sehhilfe		Prothese unten	
Gehhilfe		Rollstuhl	



Jesuitenkolleg Büren mit Jesuitenkirche



# Seniorenbeirat

Büren und seine Ortschaften

**Notfallkarte**  
**Notruf 112**



**Im Notfall vom Rettungs-  
dienst mitzunehmen und  
dem behandelnden Arzt  
vorzulegen!**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon	

Zu benachrichtigende Person	

Grunderkrankungen			

Hausarzt	
Tel. des Arztes	
Krankenkasse	
Versicherungsnr.	
Pflegedienst o. ä.	

Patientenverfügung	Ja	Nein
Vorsorgevollmacht	Ja	Nein
Organspendeausweis	Ja	Nein
Blutgruppe		
Bevollm. Person / gesetzl. Betreuer		
Name		
Telefon		

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen)			

morgens	mittags	abends	nachts