

Besondere Medikamente			
Marcumar/ASS		Heparin	
Cortison		Insulin	

Besonderheiten			
Herzschrittmacher		Verwirrtheit	
MRSA		HIV	
Kontrastmittel			

Allergien/Unverträglichkeiten			

Vorhandene Hilfsmittel			
Hörgerät		Prothese oben	
Sehhilfe		Prothese unten	
Gehhilfe			

Andere Hilfsmittel			

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

Seniorenbeirat
der Stadt
ibbenbüren

Klinikum Ibbenbüren GmbH



Bürgerstiftung
Tecklenburger Land
für Mitmenschen in Not



NOTFALL-KARTE
Notruf 112

Im Notfall
vom Rettungsdienst
mitzunehmen
und dem behandelnden
Arzt vorzulegen!

 **Kreissparkasse**
Steinfurt

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon	

Hausarzt	
Tel.-Nr. des Arztes	
Krankenkasse	
Versicherungsnr.	
Privatkrankenkasse	

Zu benachrichtigende Person (Name + Tel.-Nr.)		
Alternativ (Name + Tel.-Nr.)		
Patientenverfügung	Ja	Nein
Bevollmächtigte Person oder gesetzl. Betreuer (Name + Tel.-Nr.)		

Grunderkrankungen	
Blutgruppe	

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen)

morgens	mittags	abends	nachts