

Operationen oder Eingriffe Ja Nein

welche:
.....
.....

Sonstige wichtige Anmerkungen:
.....
.....

Im Notfall bitte verständigen!

Angehörige

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Hausarzt

Name:

Telefon:

Sonstige Personen:

Sonstige Informationen/Implantate:

NOTFALLPASS



Name
.....
.....

Geburtsdatum
.....

Adresse:

.....
.....

Krankenkasse:

Vers.nr.:



Erkrankungen/Vorerkrankungen

Bluthochdruck Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Rhythmusstörungen Ja Nein

Bypass-Operation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Stents Ja Nein

Astma/chronische Bronchitis Ja Nein

Zuckerkrankheit Ja Nein

Zucker hoch Ja Nein

Insulinpflicht Ja Nein

Unterzucker Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Grunderkrankungen ergänzen

.....
.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Dosisangabe: Früh/Mittag/Abend
Beispiel: 1/0/1

Präparat	Dosis

Allergien Ja Nein

welche:
.....

Blutgruppe & RH-Faktor wenn bekannt

.....

Blutverdünnung Ja Nein

Macumar Heparin

Trombo Ass andere

Impfungen

Tetanus Ja Nein Wann zuletzt

.....
Corona geimpft Ja Nein

Impfstoff

Pfizer Novavax

Johnson Moderna

Impfungen 1x 2x 3x Wann zuletzt

.....

Vorhandene Hilfsmittel

Hörgerät Ja Nein

Sehhilfe Ja Nein

Zahnprothese keine oben unten