

SOS Notfallblatt

Persönliche Daten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Versicherungsnummer _____

Adresse _____

Nationalität _____

Muttersprache _____

Religion _____

Foto / Passbild
Kleben Sie hier Ihr
Foto ein.

Blutgruppe

Patientenverfügung

nein ja

Hausarzt

Name

Telefonnummer

Angehöriger

Name

Telefonnummer

Beschreiben Sie jede Allergie oder Unverträglichkeit (auch Medikamente) unter der Sie leiden

Welche Medikamente nehmen Sie täglich? (Präparat / Dosis / seit (Datum))

Beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____
Antikoagulation (Blutverdünnung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____
Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Asthma, Chronische Bronchitits	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Typ? _____
Anfallsleiden / Epilpsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____
Sonstige Krankheiten _____		