

| | | | |
|--|------|----|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | Schlaganfall Bitte notieren Sie ggf. auch bleibende Beeinträchtigungen. |
| | | | Krampfleiden |
| | | | Herzschrittmacher |
| | | | Herzinfarkt |
| | | | Diabetes |
| | | | Operation(en) |
| | | | Bypass- |
| | | | Blutverdünnung |
| | | | Bluthochdruck |
| | | | Asthma / COPD |
| | Nein | Ja | Wenn ja, wann / Typ / ... |

Liegen bei Ihnen ein oder mehrere Krankheitsbilder vor oder werden/wurden Behandlungen durchgeführt?

Vorerkrankungen

**Immer da,
wenn Hilfe benötigt wird**

Die Diakonie und Sozialstation Schurwald e.V., der DRK-Ortsverein Aichwald und der Seniorenrat Aichwald haben sich gemeinsam dafür entschieden, das System der Rotkreuzdose in Aichwald anzubieten.

Die Dose im Kühlschrank kann helfen, Ihr Leben zu retten.

Neue Datenblätter sowie Aufkleber für den Kühlschrank und die Wohnungstür können bei der Diakonie- und Sozialstation Schurwald e.V., Alte Dorfstr. 26, 73773 Aichwald nachbestellt werden.



Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße + Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Blutgruppe: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____

Telefon Mobil: _____

Deutsches Rotes Kreuz 
Rotkreuzdose
 Alles Wichtige kompakt verpackt.

Bitte füllen Sie dieses Datenblatt gewissenhaft aus und aktualisieren Sie die Daten regelmäßig. Neue Datenblätter sowie Aufkleber für den Kühlschrank sowie die Wohnungstüre können beim DRK nachbestellt werden.

Telefon 0711 361184 • www.rotkreuzdose.de

Foto Besitzer / in

Mit der Rotkreuzdose soll in Notsituationen sinnvolle Unterstützung der Helfer zum Wohle des Patienten geleistet werden. Verantwortlich für die hinterlegten Daten, deren Umfang und die Vollständigkeit und Richtigkeit, ist ausschließlich der Besitzer/die Besitzerin der Rotkreuzdose.

Medikamentenplan

Sie können auch gerne eine Kopie des Medikamentenplans Ihres Hausarztes in der Dose aufbewahren.

| Medikament | Dosierung | Einnahme |
|------------|-----------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medikamentenunverträglichkeiten

Wo werden die Medikamente aufbewahrt?

Kontaktperson 1

Name:

Vorname:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Bezug:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Telefon gesch.:

Kontaktperson 2

Name:

Vorname:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Bezug:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Telefon gesch.:

Hausarzt

Name:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon 1:

Telefon 2:

Mobil:

Pflegedienst

Name:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon 1:

Telefon 2:

Mobil:

Sonstige wichtige Hinweise

Patientenverfügung ja nein

wenn ja, wo?

Organspendeausweis ja nein

wenn ja, wo?

Vorsorgevollmacht ja nein

wenn ja, wo?

Allergien