

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

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

**Vorerkrankungen**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße + Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Blutgruppe: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

**Persönliche Daten**

**Immer da,  
wenn Hilfe benötigt wird**



- Erste Hilfe-Kurse
- Ambulante Pflege / Sozialstation
- Tagespflege
- Hausnotruf / Mobilruf
- Kindertagesstätten
- Rappelkiste – der Kinderladen
- Kleiderladen
- Essen auf Rädern
- Freizeitangebote für Behinderte und Senioren
- Rettungsdienst
- Krankentransport
- Sanitätsdienste
- Ehrenamtliches Engagement

www.brk-kreisverbanden.de • Stand 02/2019



**Bitte füllen Sie dieses Datenblatt gewissenhaft aus und aktualisieren Sie die Daten regelmäßig. Neue Datenblätter sowie Aufkleber können beim Roten Kreuz nachbestellt werden.**

**BRK Kreisverband Hof**  
Ernst-Reuter-Straße 66b • 95030 Hof

Telefon 09281 6293-0 info@kvhof.brk.de  
Telefax 09281 6293-30 www.kvhof.brk.de

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