

			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 internationale Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung ist mit 191 Nationalen Gesellschaften die größte humanitäre Organisation der Welt. Das Deutsche Rote Kreuz ist Teil dieser weltweiten Gemeinschaft, die seit über 150 Jahren umfassend Hilfe leistet für Menschen in Konfliktsituationen, bei Katastrophen und gesundheitlichen oder sozialen Notlagen, allein nach dem Maß der Not.

Im Zeichen der Menschlichkeit setzen wir uns für das Leben, die Gesundheit, das Wohlergehen, den Schutz, das friedliche Zusammenleben und die Würde aller Menschen ein. Unsere Idee wird weltweit von über 100 Millionen freiwilligen Helfern und Mitgliedern getragen. Allein in Deutschland engagieren sich circa drei Millionen Mitglieder.



www.rotkreuz.de © 2019

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße + Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Blutgruppe: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____

Telefon Mobil: _____

Rotkreuzdose
Alles Wichtige kompakt verpackt.



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

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

