

## Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Blutgruppe:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Telefon:

Telefon Mobil:

## Vorerkrankungen

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

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

## 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 | Stand 02/2015

**Rotkreuzdose**  
Alles Wichtige kompakt verpackt.

 **Deutsches  
Rotes  
Kreuz**



**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