

| | | | |
|--|------|----|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | 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**

Seit über 130 Jahren ist das DRK ein Bestandteil für die Sicherheit der Bevölkerung in unserer Region. Eine starke Mannschaft im DRK-Ortsverein Saarburg e.V. steht mit modernstem Material rund um die Uhr für den Ernstfall bereit. Im Notfall leisten unsere Helferinnen und Helfer schnell und professionell Hilfe.

Die Aufgaben des DRK-Ortsverein Saarburg e.V. sind vielfältig und werden durch viele helfende Hände getragen. Aktiv als Helferin oder Helfer in unserem Ehrenamt, oder als Fördermitglied. Wir begleiten Veranstaltungen jeglicher Art mit unseren Sanitätsdiensten, stellen die medizinische Absicherung für die Feuerwehr, sind im Katastrophenschutz mit eingebunden und führen Blutspendetermine durch.

Helfen Sie uns helfen!



www.hjpp-kommunikation.de • Stand 02/2019

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

Persönliche Daten

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.

DRK-Ortsverein Saarburg e.V.
Bahnhofstraße 4 • 54439 Saarburg

Telefon 06581 95511

rotkreuzdose@drk-saarburg.de
www.drk-saarburg.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

