

			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**

Der DRK Kreisverband Sömmerda/ Artern e.V. zählt mit seinen über 3700 Mitgliedern, seinen vielfältigen Angeboten und Dienstleistungen zu den wichtigsten Partnern der Menschen in der Region Sömmerda/ Artern.

**Unsere Leistungen für Sie:**

- Ambulanter Pflegedienst
- Hauswirtschaft
- Erste-Hilfe-Kurse
- Rettungsdienst
- Hausnotruf
- Betreutes Wohnen
- Pflegeheim
- Familien- und Schwangerschaftsberatungsstelle
- Familienkinderkrankenschwestern
- Mütter-/ Väterberatung
- Medizinische Absicherung von Veranstaltungen
- Wasserwacht
- Jugendrotkreuz
- Blutspende
- Notfallbegleitung
- Realistische Unfall-darstellung
- Ortsgemeinschaften
- Freiwillig Soziales Jahr
- Betreutes Reisen
- Kindertagesstätten
- Mutter/Vater-Kind-Kuren
- Mitwirkung im Katastrophenschutz

Erfahren, Zuverlässig und Kompetent.

Konnten wir Ihr Interesse wecken? Dann rufen Sie uns einfach an.

Wir beraten Sie gern.



www.drk-kreisverband.de • Stand 02/2019

**Persönliche Daten**

**Rotkreuzdose**  
Alles Wichtige kompakt verpackt.



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_



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

**DRK-Kreisverband Sömmerda/Artern e.V.**  
Rohrborner Weg 13 • 99610 Sömmerda

Telefon 03634 688-10 info@drk-sda.de  
Telefax 03634 688-134 www.drk-sda.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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_