

			Schlaganfall
			Krampfleiden
			Herzschrittmacher
			Herzinfarkt
			Diabetes
			Operation(en)
			Bypass-
			Blutverdünnung
			Bluthochdruck
			Asthma / COPD
Wenn ja, wann / Typ / ...	Nein	Ja	

bleibende Beeinträchtigungen.
Bitte notieren Sie ggf. auch

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

Vorerkrankungen

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

Persönliche Daten

**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.



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-Kreisverband Musterstadt e.V.
 Musterstraße xx • xxxxx Musterstadt
 Telefon xxxxx xxxx-xx info@drk-musterstadt.de
 Telefax xxxxx xxxx-xx www.drk-musterstadt.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
