

			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 fünf DRK-Ortsvereine in Filderstadt sind immer da, wenn Hilfe benötigt wird. Rund 120 Bürgerinnen und Bürger engagieren sich hier ehrenamtlich in Bernhausen, Bonlanden, Harthausen, Plattenhardt und Sielmingen.

Unsere Aufgaben sind vielfältig und werden durch viele helfende Hände getragen. Aktiv als Helfer oder Helferin in unserem Ehrenamt oder als Fördermitglied. Wir freuen uns, wenn wir auch Sie schon bald in unserer Rotkreuz-Familie willkommen heißen dürfen.



Die 5 DRK-Ortsvereine in Filderstadt
 Bernhausen • Bonlanden • Harthausen
 Plattenhardt • Sielmingen

Telefon 07022 54411
 Telefax 07022 54809

rotkreuzdose@drk-filderstadt.de

www.drk-kommunikation.de • Stand: 05/2018

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße + Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Blutgruppe: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____

Telefon Mobil: _____

Deutsches Rotes Kreuz 
Rotkreuzdose
 Alles Wichtige kompakt verpackt.

Bitte füllen Sie dieses Datenblatt gewissenhaft aus und aktualisieren Sie die Daten regelmäßig. Neue Datenblätter sowie Aufkleber für den Kühlschrank sowie die Wohnungstüre können beim DRK nachbestellt werden.

Telefon 07022 54411 • www.rotkreuzdose.de



Foto Besitzer / in

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

