

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

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

**Vorerkrankungen**

**Bayerisches Rotes Kreuz**   
Kreisverband Mühldorf



**Wir sind in allen Lebenslagen für Sie da!**

- Rettungsdienst**
- Hausnotruf • Essen auf Rädern**
- Betreuter Fahrdienst**
- Hauswirtschaftliche Hilfen**
- Senioren gymnastik • Seniorenclub**
- Rotkreuzläden • Kleidersammlung**
- Erste Hilfe Kurse**

**BRK Kreisverband Mühldorf**

Ahamer Straße 18

(ab 1.12.2019 Ahamer Straße 11)

84453 Mühldorf am Inn

Telefon: 08631/3655-0

info@kvmuehdorf.brk.de • www.kvmuehdorf.brk.de

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

**Persönliche Daten**

**Rotkreuzdose**  
Alles Wichtige kompakt verpackt.

 **Bayerisches Rotes Kreuz**



Foto Besitzer / in

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

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

## Wo werden die Medikamente aufbewahrt?

[Empty text input field]

## Kontaktperson 1

Name: [Empty text input field]

Vorname: [Empty text input field]

Straße + Nr.: [Empty text input field]

PLZ, Ort: [Empty text input field]

Bezug: [Empty text input field]

Telefon Privat: [Empty text input field]

Telefon Mobil: [Empty text input field]

Telefon gesch.: [Empty text input field]

## Kontaktperson 2

Name: [Empty text input field]

Vorname: [Empty text input field]

Straße + Nr.: [Empty text input field]

PLZ, Ort: [Empty text input field]

Bezug: [Empty text input field]

Telefon Privat: [Empty text input field]

Telefon Mobil: [Empty text input field]

Telefon gesch.: [Empty text input field]

## Hausarzt

Name: [Empty text input field]

Straße + Nr.: [Empty text input field]

PLZ, Ort: [Empty text input field]

Telefon 1: [Empty text input field]

Telefon 2: [Empty text input field]

Mobil: [Empty text input field]

## Pflegedienst

Name: [Empty text input field]

Straße + Nr.: [Empty text input field]

PLZ, Ort: [Empty text input field]

Telefon 1: [Empty text input field]

Telefon 2: [Empty text input field]

Mobil: [Empty text input field]

## Sonstige wichtige Hinweise

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

Patientenverfügung  ja  nein  
wenn ja, wo? [Empty text input field]

Organspendeausweis  ja  nein  
wenn ja, wo? [Empty text input field]

Vorsorgevollmacht  ja  nein  
wenn ja, wo? [Empty text input field]

Allergien  
[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]