			Schlaganfall Bitte notieren Sie ggf. auch bleibende Beeinträchtigungen.
			Krampfleiden
			Herzschrittmacher
			Herzinfarkt
			Diabetes
			Operationen(en)
			Bypass-
			Blutverdünnung
			Bluthochdruck
			Asthma / COPD
\ q√T\ nnsw ,sį nn9W	าล	Nein	

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

Name: Vorname: Straße + Nr.: Blutgruppe: Krankenkasse: Versichertennummer: Telefon: Telefon:

Persönliche Daten

Vorerkrankungen

Das DRK im Landkreis Stade

Dem DRK-Kreisverband Stade sind 31 Ortsvereine mit 9.000 fördernden Mitgliedern angeschlossen. Die Vorstände in den Ortsvereinen initiieren zahlreiche Aktivitäten wie z.B. Begegnungsstätten für Senioren, Blutspendetermine, Breitenausbildung, Jugendrotkreuz, Katastrophenschutz, Kleidersammlungen und Kleiderkammern.



Der DRK-Kreisverband Stade unterhält folgende hauptamtliche Einrichtungen: Betreutes Wohnen, Kindertagesstätten, Rettungsdienst, Seniorenheime, Sozialstationen, Tagespflegeeinrichtungen, Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen. Über 1.600 hauptamtliche Mitarbeiter/innen sind in den 50 Einrichtungen beschäftigt.

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 04141 8033-0 • www.mehr-als-blaulicht.de

Foto Besitzer / in

DRK-Kreisverband StadeAm Hofacker 14 • 21682 Stade

Telefon 04141 8033-0 Telefax 04141 8033-333 info@kv-stade.drk.de www.mehr-als-blaulicht.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			Hausarzt
Sie können auch gerne eine Kopie des Medikamentenplans Ihres Hausarztes in der Dose aufbewahren.			Name:
		en.	Straße + Nr.:
Medikament	Dosierung	Finnahme	PLZ, Ort:
Medikament	Dosierung	Limiaiine	
			Telefon 1:
			Telefon 2:
			Mobil:
			Pflegedienst
			Name:
			Straße + Nr.:
			PLZ, Ort:
Medikamentenunverträglichkeiten			Telefon 1:
			Telefon 2:
			Mobil:
Wo werden die Medikamente	aufbewahrl	t?	
Kontaktperson 1			Sonstige wichtige Hinweise
Name:			
Vorname:			
Straße + Nr.:			
PLZ, Ort:			
Bezug:			Patientenverfügung ja nein
Telefon Privat:			wenn ja, wo?
Telefon Mobil:			
Telefon gesch.:			Organspendeausweis ja nein
relevant geodrini			wenn ja, wo?
Kontaktperson 2			worm ja, wo.
Name:			Vorsorgevollmacht ja nein
Vorname:			wenn ja, wo?
Straße + Nr.:			worm ja, wo.
PLZ, Ort:			Allergien
Bezug:			Allorgion
Telefon Privat:			
Telefon Mobil:			D
Telefon gesch.:			Rotkreuzdose

Alles Wichtige kompakt verpackt.