

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

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

Vorerkrankungen

Ihr Partner in der Stadt Mainz und im Kreis Mainz-Bingen

Der DRK-Kreisverband Mainz-Bingen ist mit 14.000 Mitglieder der größte Wohlfahrtsverband im Landkreis Mainz-Bingen und damit einer der größten Anbieter von sozialen Dienstleistungen. Dazu gehören u.a. der HausNotruf, der MenüService und der PflegeService. Insgesamt 32 weitere DRK-Kreisverbände sind an unsere Hausnotrufzentrale angeschlossen, die von uns kompetent betreut werden.

Über 600 Ehrenamtliche engagieren sich in den Bereitschaften, den Jugendrotkreuzgruppen in unseren Ortsvereinen sowie in den sozialen Diensten.



Wenn Sie uns brauchen, sind wir für Sie da!

DRK-Kreisverband Mainz-Bingen e.V.
Mitternachtsgasse 6 • 55116 Mainz

Telefon 06131 269-0 info@drk-mainz.de
Telefax 06131 235908 www.drk-mainz.de

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

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße + Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Blutgruppe: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Telefon: _____

Telefon Mobil: _____

Persönliche Daten

Deutsches Rotes Kreuz 
Rotkreuzdose
Alles Wichtige kompakt verpackt.

Bitte füllen Sie dieses Datenblatt gewissenhaft aus und aktualisieren Sie die Daten regelmäßig.

Telefon 06131 269-0 • www.drk-mainz.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
