

Notfallliste für Angehörige

Meine Übersicht für wichtige Medizinische Dokumente:

Dokument	Vorhanden?	Aufbewahrungsort
Krankenversicherungskarte(n)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Personalausweis / Reisepass	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Blutgruppenausweis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Diabetikerausweis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Allergiepasse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacherausweis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Ärztliche Gutachten / Atteste	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Pflegevertrag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Schwerbehindertenausweis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Röntgenpass	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Organspendeausweis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Impfpasse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wichtige Dokumente (Vollmachten....)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Meine Medikamentenliste:

Medikament	Menge	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Nur bei Bedarf
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere wichtige medizinische Daten:

Was	Zu beachten?	Anmerkungen / Sonstiges
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Insulin	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Blutgruppe:

Implantate: z. B. Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen....

Gegenwärtige (chronische) Krankheiten:

Ambulante Behandlungen (in letzten 5 Jahren):

Stationäre Behandlungen (in letzten 5 Jahren):

Meine Ärzte:

Mein Hausarzt / meine Hausärztin:

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	

Mein Zahnarzt / Meine Zahnärztin:

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	

Andere Ärzte, bei denen ich in regelmäßiger Behandlung bin:

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	Fachrichtung:

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	Fachrichtung:

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	Fachrichtung:

Weitere wichtige Ansprechpartner:

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	