



Mein Notfallprofil/my emergency-profile

Persönliche Angaben

Vorname: _____
Name: _____
Familienstand: _____
Geb.-Datum: _____
Geschlecht: _____
Straße: _____
Postleitzahl/Wohnort: _____
Nr. Personalausweis: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Im Notfall zu benachrichtigen:

1.)

Vorname: _____
Name: _____
Straße: _____
Postleitzahl/Wohnort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

2.)

Vorname: _____
Name: _____
Straße: _____
Postleitzahl/Wohnort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____



Medizinisches Profil/medical profile

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

HAUSARZT

Name : _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

BASISANGABEN

Blutgruppe: _____

Eigenmedikation
(ohne ärztliche Verordnung regelmäßig eingenommene Medikamente):

Ärztlich verordnete Medikamente/Dosierung:

Voroperationen: _____

Narkosezwischenfälle: ja/nein

wenn ja, welche?: _____



VORERKRANKUNGEN

Allergien (Medikamente, Latex, etc.):

Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, etc.):

Kreislauf-/Gefäßerkrankungen (hoher Blutdruck, Thrombose, Lungenembolie, etc.):

Lungenerkrankungen (Asthma, Bronchitis, etc.):

Nierenerkrankung:

Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, etc.):

Augenerkrankung (grüner Star, etc.):



Nervenerkrankungen (Schlaganfall, Parkinson, Epilepsie, etc.):

Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, etc.):

Sonstige Besonderheiten (Nikotin, Alkohol, Drogen etc.):

Organspender: ja/nein

Organspenderausweis vorhanden: ja/nein

Patientenverfügung: ja/nein

Patientenverfügungsausweis DZAPV vorhanden: ja/nein

VERSICHERUNGSANGABEN

gesetzliche Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

zuständige Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____



Private Krankenversicherung/Zusatzversicherung:

Gesellschaft: _____
Versichertennummer: _____
zuständige Geschäftsstelle: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____
E-Mail: _____

Reiserückholversicherung

Gesellschaft: _____
Versichertennummer: _____
zuständige Geschäftsstelle: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____
E-Mail: _____