

Vorhandene Hilfsmittel:

- Hörgerät Sehhilfe
 Gehhilfe Zahnprothese

Besondere Anmerkungen:

Sind Sie Organspender?

- ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht?

- ja nein

Wenn ja, wo befindet sich das Original der Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht?

Die Daten dieses Notfallpasses werden nur im Notfall verwendet.

Ich bin einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst und das Krankenhaus weitergegeben werden dürfen.

Datum

Unterschrift

Rufnummern für den Notfall

-  Rettungsdienst **112**
-  Feuerwehr **112**
-  Polizei **110**
-  Arztrufzentrale **116117**
-  Giftnotzentrale **0228 19240**

Vorbeugend: Auch Rauchmelder können Leben retten!

www.rauchmelder-lebensretter.de



© goldencow_images / Fotolia

www.aachen.de/aelterwerden



Notfallpass

Schnelle Hilfe im Notfall

Bitte füllen Sie diesen Notfallpass sorgfältig aus, wenn nötig mit Hilfe eines Angehörigen.

Bedenken Sie: Dieser kleine Zeitaufwand kann Ihr Leben retten!

Legen Sie den Notfallpass und die entsprechenden Unterlagen gut sichtbar im Eingangsbereich Ihrer Wohnung / Haus oder aber in die Nähe des Telefons. Wichtige Notfall-Telefonnummern sind auf der Rückseite zu finden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, dass der Rettungsdienst diesen Notfallpass mitnehmen und im Krankenhaus abgeben darf.

 Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Stadt Aachen
Die Oberbürgermeisterin
Fachbereich Wohnen, Soziales und Integration
Seniorentelefon
Verwaltungsgebäude Bahnhofplatz
Tel.: 0241 432-56111
seniorentelefon@mail.aachen.de

www.aachen.de

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Blutgruppe: _____

Hausarzt (Name): _____

Telefon Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr: _____

Pflegedienst o.ä: _____

Zu benachrichtigende Person:

Name: _____

Telefon: _____

Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Vertreter:

Name: _____

Telefon: _____

Grunderkrankungen: _____

Besondere Vorerkrankungen:

Schlaganfall im Jahr ____ Demenz, bek. seit ____

Bluthochdruck seit ____ Herzinfarkt im Jahr ____

_____ Diabetes seit _____

Besonderheiten:

Herzschrittmacherr Hepatitis MRSA

Desorientiert (zeitlich/räumlich)

(Weg-)Laftendenz

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Aktuelle Medikamente:

Bitte fügen Sie den letzten aktuellen Medikamentenplan mit Diagnosen und Wechselwirkungen bei.

Ihr behandelnder Arzt hält diesen für Sie bereit!

Besondere Medikamente:

Marcumar Heparin Cortison Insulin

Letzt(e) Krankenhausaufenthalt(e):

Bitte fügen Sie in jedem Fall zu jeder Erkrankung den letzten Entlassungsbrief bei!

Ihr behandelnder Arzt hält diese(n) für Sie bereit!