

## Liebe Patientinnen und Patienten

Ab sofort können Sie Ihre Notfalldaten auf Ihrer Krankenkassenkarte zu speichern lassen. Dazu gehören neben Ihren Diagnosen und Medikamenten auch alle Informationen, die auf diesem Bogen abgefragt werden.

Sie tragen so zu einer besseren medizinischen Versorgung im Notfall bei.

Für die zur Zeit noch aufwendige Datenübertragung überlassen Sie uns bitte gegen Quittung Ihre Krankenkassenkarte für die Dauer von 5 Werktagen.

Ihre M. Anhuef

<b>Ihr Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
-----------------	----------------	---------------------

### Welche Person soll im Notfall benachrichtigt werden?

Verwandschaftsgrad	Name	Vorname	Telefonnummer

### Wer ist Ihr/e Vorsorgebevollmächtigter/er?

Verwandschaftsgrad	Name	Vorname	Telefonnummer

### Welche Allergien sind Ihnen bekannt?

--

### Tragen Sie künstliche Gelenke?

wo	welche Seite	wann eingebaut

**Haben Sie einen Herzschrittmacher?** Ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine künstliche Herzklappe?** Ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Patientenverfügung hinterlegt?** Ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

**Wenn ja Wo?** (z.B. i. Nachtschrank an meinem Bett) \_\_\_\_\_

Mit der Übertragung meiner Daten auf meine Krankenkassenkarte bin ich einverstanden

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_