

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

Ihr Name	Vorname	Geburtsdatum
-----------------	----------------	---------------------

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 _____