

# Notfallausweis

Bei Notfällen schauen Notärzte in der Regel zuerst im Geldbeutel des Betroffenen nach, ob dieser einen medizinischen Ausweis, Gesundheitspass oder dergleichen mit sich führt.

Wir empfehlen Ihnen, den ausgefüllten Notfallausweis auszuschneiden und am besten immer mit sich im Geldbeutel mitzuführen.

Dadurch kann der Notfallausweis schnell zum Lebensretter werden.

**Ausweis hier abtrennen**

## Patientenverfügung

- nein  
 ja, wo hinterlegt

## Bei Unfall bitte benachrichtigen

-----  
Name

-----  
Telefon

-----  
Name

-----  
Telefon

-----  
Hausarzt

-----  
Telefon

**Polizei** 110  
**Notruf / Feuerwehr** 112  
**Ärztlicher Notdienst** 116 117

## Notfall Ausweis

Führen Sie diesen Ausweis  
immer mit sich -  
er kann lebensrettend sein.

Foto

-----  
Name

-----  
Vorname

-----  
Geburtsdatum

-----  
Wohnort

-----  
Straße

-----  
Telefon / Mobil

## Vollmacht vorhanden

- nein  
 ja, wo hinterlegt

## Betreuungsverfügung vorhan- den

- nein  
 ja, wo hinterlegt

# Rotkreuzdose

## Die Rotkreuzdose

Die Rotkreuzdose ist eine Alternative oder Ergänzung zum Notfallausweis. Die Notfalldose kann lebensrettend sein, da sie in jedem Haushalt am gleichen, den Rettungsdiensten bekannten Ort platziert wird: in der Külschranktür. Aufkleber auf der Innenseite der Wohnungstür und dem Külschrank weisen Helferinnen und Helfer sowie Rettungskräfte auf die Dose hin.

Die Rotkreuzdose beinhaltet alle wichtigen Informationen, wie beispielsweise Kontaktdaten von Angehörigen, Hinweise zum Gesundheitszustand oder die Position wichtiger Unterlagen (wie z.B. Notfallmappe, Patientenverfügung ...).

### Infos und Kontakt:

Bayerisches Rotes Kreuz  
 Kreisverband Main-Spessart  
 Wernfelderstr. 1+2  
 97737 Gemünden a.Main  
 Tel: 09351 / 5081 – 0  
 E-Mail: info@kvmain-spessart.brk.de



### Erkrankungen / Vorerkrankungen

- |                                     |                             |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Antikoagulation (Blutverdünnung)    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma / chronische Bronchitis      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluthochdruck                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bypass-Operationen                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie (Fallsucht)               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gicht                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Glaukom (Grüner Star)               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Große Operationen                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hämophilie (Blutkrankheit)          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| welche _____                        |                             |                               |
| Herzinfarkt                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chronische Hepatitis                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Dialyse seit _____                  |                             |                               |
| Schlaganfall                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stoffwechselkrankheit               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| welche _____                        |                             |                               |
| Infektionskrankheiten               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| welche _____                        |                             |                               |

### Tetanus-Schutzimpfungen

Datum	Präparat +Ch.B.
-----	-----
-----	-----

### Medikamente

Datum	Dosis	seit
-----	-----	-----
-----	-----	-----

### Vermerke

-----

-----

-----

### Allergien:

ja  nein

Welche \_\_\_\_\_

-----

-----

### Blutgruppe und Rh-Faktor

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

-----

### Bemerkung / Sonstiges

-----

-----

-----

Datum Stempel, Unterschrift des Arztes