



Notfalldaten-Formular

Dies ist ein Formular zur Erfassung Ihrer Notfalldaten, die durch uns auf Ihrer Versicherungskarte gespeichert werden sollen. Ich stimme der elektronischen Verarbeitung zu und möchte, dass folgende Daten auf meiner Krankenkassenkarte gespeichert werden:

Ihre Kontaktdaten

Vorname:	Name:
Geb.am:	Telefonnummer:

Notfalldaten

Im Notfalldatensatz sollen **ausschließlich wichtige Diagnosen und Schwangerschaftsprobleme** gelistet werden, damit **Notärzte im Akutfall eine schnelle Übersicht** über Ihre lebenswichtigen Probleme haben.

Bitte **keine alltäglichen Diagnosen** wie Scheidenpilz, chronische Blasenentzündung, Erbrechen in der Schwangerschaft oder Hämorrhoiden eintragen!

Wichtige Diagnosen

- Diabetes
- Blutgerinnungsstörung
- Hypertonie

Weitere Diagnosen

Wichtige Medikamente

Ich nehme folgende Medikamente ein (an dieser Stelle können wir aus rechtlichen Gründen nur die Medikamente übernehmen, die wir Ihnen bereits verschrieben haben. Andere Medikamente können von den Ärzten ergänzt werden, die Ihnen diese Medikamente verordnen):

Bezeichnung	Dosierung (z.B. 1 Tablette)	Frequenz (z. B. 3x täglich)

Allergie gegen Medikamente

Gegen die folgenden Medikamente sind mir Allergien bekannt

Besondere Hinweise:

Zum Beispiel: ich habe einen Herzschrittmacher, trage ein Hörgerät...



Für Schwangere:

Blutgruppe laut Mutterpass:	
Errechneter Entbindungstermin :	
In dieser Schwangerschaft habe ich folgende Probleme	<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> Plazenta praevia <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Weitere... _____
In meinen letzten Schwangerschaften hatte ich folgende Probleme	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Plazentalösung <input type="checkbox"/> Blutungskomplikation <input type="checkbox"/> Weitere... _____

Zusatzinformationen

Notfallkontakt: Im Notfall soll bitte folgende Person kontaktiert werden:

Frau / Herr:	Tel:
--------------	------

Ich besitze eine(n)	ja	nein	Wo hinterlegt? (z. B. in der Geldbörse)
Organspendeausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgruppenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgruppe			Zur Hinterlegung der Blutgruppe benötigen wir eine Kopie des Eintrags im Mutterpass oder Blutgruppenausweis!

Abschluss

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bitte um einen Rückruf unter oben genannter Nummer, um offene Fragen zu besprechen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bereiten die Daten zur Speicherung vor und melden uns telefonisch bei Ihnen, um einen Termin zum Speichern der Daten auf Ihrer Krankenkassenkarte in unserer Praxis zu vereinbaren.

Bleiben Sie gesund!

Beste Grüße, Manuela Bohr und das Praxisteam.