

Zu benachrichtigende Personen (Name, Anschrift, Tel.-Nr.)

Persons to notify

Bevollmächtigte Personen od. rechtliche Betreuer/in (Name, Anschrift, Tel.-Nr.)

Authorized persons

Patientenverfügung:

Living will

- ja**/yes **nein**/no

Organspender/in:

Organ donors

- ja**/yes **nein**/no

Blutgruppe: _____

Blood group

auf Initiative des Seniorenbeirates der
Stadt Lippstadt

mit freundlicher Unterstützung von:



NOTFALL-KARTE



NOTRUF 112

Emergency Card

Im Notfall vom Rettungsdienst
mitzunehmen und dem
behandelnden Arzt vorzulegen!

herausgegeben von:

STADT **LIPPSTADT**



LICHT · WASSER · LEBEN

Name *Name*

Vorname *First name*

Geb.-Datum *Date of birth*

Straße, Haus-Nr. *Address*

PLZ, Ort *ZIP code, place of residence*

Tel.-Nr. *Phone*

Krankenkasse *Health insurance*

Grunderkrankungen:

Underlying disease

- _____
- _____
- _____
- _____

Regelmäßige Medikamente:

Regular medication

- Marcumar/Warfarin ASS
- Insulin
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Besonderheiten: *Specifics*

- Herzschrittmacher/Pacemaker
- MRSA HIV
- Verwirrtheit/Confusion
- Weglauftendenz/Tendency to run off
- _____
- _____

Allergien/Unverträglichkeiten:

Allergies/Incompatibility

- _____
- _____

Hausarzt: Name, Anschr., Tel.

Family doctor

