



Auf den folgenden Seiten finden Sie Adressen und Telefonnummern für den Notfall.

Eingebunden sind aber auch Vordrucke, auf denen Sie z.B. Ihren Hausarzt, regelmäßig erforderliche Medikamente, Krankheiten und Allergien oder andere wichtige Informationen eintragen können.

Bewahren Sie diese Mappe sichtbar auf, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihrer Pflegemappe. Aktualisieren Sie von Zeit zu Zeit die Angaben, damit in einem Notfall schnell und richtig gehandelt werden kann.

NOTFALLMAPPE

für

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Notfallmappe

1. Persönliche Daten, wichtige Rufnummern

1.1 Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	Blutgruppe

1.2 Im Notfall zu benachrichtigen:

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	Telefax

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	Telefax

Notfallmappe

1.3 Hausarzt:

Name der Praxis

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon

Telefax

1.4 Apotheke

Name der Apotheke

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon

Telefax

1.5 Wichtige Rufnummern

Rettungsdienst und Feuerwehrnotruf	112
Polizei-notruf	110
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116112
Polizeiinspektion Rain	09090-70070
Giftnotrufzentrale München	089-19240
Telefonseelsorge	
Pfarramt	

Notfallmappe

Ärzte

.....

.....

Zahnärztin / Zahnarzt

.....

Apotheke

.....

Sozialstation.....

.....

Ambulante Krankenpflege

.....

2. Krankenversicherung

2.1 Kranken- und Pflegeversicherungen

Krankenversicherung

Name der Krankenkasse: _____

Sitz: _____

Tel.Nr.: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____

Weitere Krankenversicherung, z.B. Krankenhaus-Zusatzversicherung:

2. 2 Behandlungen und Medikamente

Medikamente

Name des Medikamentes	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit

Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung ein? (z.B. Marcumar) _____

2.3 Allergien, Impfungen, Organspendeausweis, Sonstiges

- Allergien:
- Allergiepass vorhanden: ja/nein
- Nachweis von Impfungen:
- Impfbuch vorhanden: ja/nein
- Organspendeausweis vorhanden: ja/nein

Der Allergiepass, das Impfbuch und der Organspendeausweis befinden sich

.....

Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke):

.....

Ärztliche Behandlungen

- ambulant -

Datum von/bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

Zahnärztliche Behandlungen

Datum von / bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

Klinische Behandlungen

-stationär-

Datum von / bis	Grund des Klinikaufenthaltes (Diagnose)	Name / Anschrift des Krankenhauses