

# 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 (Auslassen von Fragen möglich):

## 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

*Wir können aus rechtlichen Gründen nur die Medikamente übernehmen, die wir Ihnen bereits verschrieben haben oder wenn Sie uns den ärztlichen Medikationsplan des betreuenden Arztes vorlegen. Andere Medikamente können von den Ärzten ergänzt werden, die Ihnen diese Medikamente verordnen):*

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

## Allergien gegen Medikamente:

--

## Besondere Hinweise:

Zum Beispiel: ich habe einen Herzschrittmacher/ Hörgerät
--

## Für Schwangere:

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

## Zusatzinformationen

Notfallkontakt: Im Notfall soll bitte folgende Person kontaktiert werden:

Name:	Tel.:
-------	-------

Ich besitze eine(n)	Ja	Nein
<b>Organspendeausweis</b>		
<b>Patientenverfügung</b>		
<b>Vorsorgevollmacht</b>		
<b>Blutgruppenausweis</b>		
<b>Blutgruppe</b> (bitte Ausweis vorlegen)		

## Abschluss

- Ich habe keine weiteren Fragen und stimme der elektronischen Speicherung meiner Notfalldaten auf meiner Versicherungskarte durch die Praxis Dr. Anne Knoch & Dr. Kristine Essers-Tietjen zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift