



**NOTFALL-KARTE**

**Notruf 112**

**In Kooperation mit dem**

**Kreissenioresenbeirat und den örtlichen  
Seniorenbeiräten/-vertretungen**

Stadt Bergisch Gladbach

Stadt Burscheid

Gemeinde Kürten

Stadt Leichlingen

Gemeinde Odenthal

Stadt Overath

Stadt Rösrath

Stadt Wermelskirchen

**Impressum:** Rheinisch-Bergischer Kreis, Der Landrat, Referat für Presse und Kommunikation, Am Rübezahlwald 7, 51469 Bergisch Gladbach, Tel.: 02202 13-2396, Fax: 02202 13-102497, [www.rbk-direkt.de](http://www.rbk-direkt.de), E-Mail: [info@rbk-online.de](mailto:info@rbk-online.de), Foto: © thomaslerchphoto-Fotolia.com

**Raum für weitere Informationen**

**Letzter Krankenhausaufenthalt**

Krankenhaus

Ort

Abteilung

Zeitraum

**aktualisiert**

Datum

Unterschrift

Diese Daten werden nur für den Notfall bereit gehalten. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergegeben werden dürfen.

**Datum, Unterschrift**

**Besondere Medikamente**

Marcumar

Heparin

Cortison

Insulin

**Besonderheiten**

Herzschrillmacher

Verwirrtheit

MRSA

HIV

Weglauftendenz

**Allergien/Unverträglichkeiten**

**Vorhandene Hilfsmittel**

Hörgerät

Zahnprothese oben

Sehhilfe

Zahnprothese unten

Gehilfe

**Andere Hilfsmittel**

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße, Hausnr.</b>	
<b>PLZ, Wohnort</b>	
<b>Telefon/Mobil</b>	

<b>Zu benachrichtigende Person</b>	
<b>Telefon/Mobil</b>	

<b>Aufzählung bestehender Krankheiten</b>	
<b>Blutgruppe</b>	

Hinweis für den Inhaber  
der Notfallkarte:

Tragen Sie die Notfallkarte  
stets bei sich oder verwahren  
Sie diese zuhause an einem  
für den Notretter sichtbaren  
Ort!

bitte hier  
ein aktuelles Foto  
einkleben

<b>Hausarzt</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-Mail</b>	

<b>Liegt eine Patientenverfügung vor?</b>			
<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrungsort</b>			
<b>Bevollmächtigte Person o. gesetzlicher Betreuer</b>			
<b>Telefon/Mobil</b>			
<b>Organspendeausweis</b>	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>Aktuelle Medikamente</b> (alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen)	

<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>	<b>nachts</b>

<b>Krankenkasse</b>	
<b>Versicherungsnr.</b>	
<b>Pflegedienst o.ä.</b>	