

# Medizinische Notfallliste

Name U.B. ..... **Hausarzt:** .....  
Str. .... Str. ....  
PLZ/Ort ..... PLZ/Ort .....  
Tel.: 41 ..... Tel.: .....

## **Im Notfall bitte Nachricht an:**

Name ..... Tel.: .....  
Name S.M. ..... Tel.: .....  
Handy.....

## **Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vorhanden bei:**

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

## **Im Todesfall**

Organspenderausweis: ja  nein

Sonstiger Ausweis ..... Tel.: .....

<b><u>Medikamente:</u></b>	<b>Dosierung</b>	<b>Stand: .....20...</b>
.....	... - ... -...	.....
.....	... - ... -...	.....
.....	... - ... -...	.....
.....	... - ... -...	.....
.....	... - ... -...	.....
.....	... - ... -...	.....
.....	... - ... -...	.....
.....	... - ... -...	.....

## **Erkrankungen/Gesundheitliche Störungen**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **Operationen /Jahr**

.....  
.....  
.....  
.....

## **Unverträglichkeiten/Allergien**

.....  
.....

**Besonderheiten** ..... © Margret Budde