|  |  |
| --- | --- |
| Name Vorname |  |
| Strasse |  |
| PLZ Ort |  |
| Mobile |  |
| Geburtsdatum |  |
| Notfallkontakt 1 |  |
| Name Vorname |  |
| Strasse |  |
| PLZ Ort |  |
| Mobile |  |
| Notfallkontakt 2 |  |
| Name Vorname |  |
| Strasse |  |
| PLZ Ort |  |
| Mobile |  |
| Hausarzt |  |
| Name Vorname |  |
| Ort: |  |
| Telefon**Bitte beachten Immer dabeihaben:** Das Notfallblatt sollte bei jeder Tour mitgeführt werden.**Zusätzliche Dokumente:** Fügen Sie nach Möglichkeit eine Kopie eines Ausweises sowie Ihres Impfausweises bei.**Sichere Aufbewahrung:** Bewahren Sie das Notfallblatt im Rucksackdeckel auf – in einem wasserdichten und gut verschlossenen Couvert.**Regelmäßige Aktualisierung:** Überprüfen und aktualisieren Sie die Angaben regelmäßig im eigenen Interesse.**Diskrete Handhabung:** Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Das Couvert wird nur im Notfall und ausschließlich vom Rettungsdienst geöffnet.⊳ |  |

Medizinische Angaben
Hattest Du in den letzten Monaten Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen? ( ) Ja ( ) Nein
Hattest Du jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder bist Du je ohnmächtig geworden? ( ) Ja ( ) Nein

Allergien: ( ) Ja ( ) Nein

Diabetes: ( ) Ja ( ) Nein

Epilepsie: ( ) Ja ( ) Nein

Zu hoher Blutdruck: ( ) Ja ( ) Nein

Blutverdünner: ( ) Ja ( ) Nein

Herzinfarkt: ( ) Ja ( ) Nein

Herzschrittmacher: ( ) Ja ( ) Nein

## Wünsche und Bemerkungen

Blutgruppe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chronische Krankheit:

Aktuelle medikamentöse Behandlung:

Hinweis auf Patientenverfügung/Spitalwünsche:

Weitere Bemerkungen:

Ort Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rega 1414 Notruf 144
Internationaler Notruf 112**