

## Wie oft haben Sie im Notfall schon nach entsprechenden Papieren gesucht ?

Der Seniorenrat Holzminden möchte Ihnen helfen, die notwendigen Daten griffbereit zu haben. Bei Notfällen, insbesondere bei Nacht, am Wochenende oder an Feiertagen, wird der Notdienst / Rettungsdienst gerufen. Der begleitende Arzt stellt Fragen zur Krankengeschichte, zu Vorbehandlungen, zu Medikament-Einnahmen – alles wichtige Daten, um die Behandlung einleiten zu können – und dann beginnt oft die Suche, das hilflose Schulterzucken !

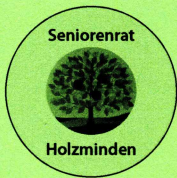
Für diesen Fall hat der Seniorenrat Holzminden – durch freundliche Unterstützung der Seniorengemeinschaft Höxter e.V. - eine Notfallkarte herausgegeben. In diese „**Grüne Karte**“ sollte die Hausärztin / der Hausarzt wichtige medizinische Daten, z.B. Vorerkrankungen oder Medikamente eintragen.

Die Krankenhausärzte der Regionen Höxter und Holzminden kennen diese „**Grüne Karte**“. Diese Notfallkarte kann dann an gut sichtbarer Stelle in der Wohnung – z.B. an der Innenseite der Tür des Schlafzimmers – aufgehängt werden, damit sie im Notfall sofort zu finden ist.

Die Karte erhalten Sie auch als „**Grüne Faltkarte**“ für Ihre Brief- oder Handtasche in Ihrer Apotheke und beim Bürgerservicebüro Ihrer Gemeinde im Landkreis Holzminden.

### Die Notfallkarte kann Leben retten !

Der Seniorenrat Holzminden bedankt sich herzlich bei der Seniorengemeinschaft Höxter e.V. und bei seinen Sponsoren, dem Lions Club Holzminden und dem Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Holzminden



## Vom Rettungsdienst mitzunehmen, im Krankenhaus abzugeben!

### Notruf 112

Persönliche medizinische Informationen / personal medical information  
Das spart Zeit und kann im Notfall Leben retten! / This saves time and can save lives in an emergency

Name / name \_\_\_\_\_

Hausarzt/ family doktor \_\_\_\_\_

Vorname / first name \_\_\_\_\_

Tel. Arzt/ phone doktor \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ date of birth \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ health insurance \_\_\_\_\_

Straße/ road \_\_\_\_\_

Vers. Nr./ insurance number \_\_\_\_\_

PLZ, Ort / postal code City \_\_\_\_\_

Pflegedienst/ nursing service \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.Nr/ tel.no \_\_\_\_\_

Zu benachrichtigende Person ( Name , Tel.Nr. / people to notify person / tel.no )

Patientenverfügung / Vollmacht/ living wills  Ja /  Nein

Hinterlegt bei: / deposited at: \_\_\_\_\_

(Bevollmächtigte Person / gesetzlicher Vertreter / agents person / legal guardian)

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet.  
Ich bin damit einverstanden, dass die Daten an den Rettungsdienst und Krankenhaus weitergegeben werden dürfen.

Name /

Tel.Nr.

Unterschrift / signature

Datum / date

Grunderkrankungen: /diagnosis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente/ routine medicines  
siehe beiliegenden Medikamentenplan

nachts/night	abends/evening	mittags/noon	morgens/morning	
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Besondere Medikamente**     Marcumar     Heparin     Cortison     Insulin     Antibiotikum

Besonderheiten/ special     Herzschrittmacher     Verwirrtheit     Weglauftendenz

MRSA     Allergien/ Unverträglichkeit \_\_\_\_\_     Organspende     ja     nein

Hilfsmittel     Hörgerät/hearing aid     Sehhilfe/visual aid     Gehhilfe/assistant     Zahnprothese     oben     unten

Andere Hilfsmittel/ other help \_\_\_\_\_

Letzter Krankenhausaufenthalt/last visit in hospital \_\_\_\_\_

Name Krankenhaus,/name of hospital    Abteilung,/department    Ort,place    Datum/date

ausgestellt durch/ \_\_\_\_\_

Unterschrift/signature    Datum/date

aktualisiert:/ updated: \_\_\_\_\_

Unterschrift / signature    Datum/date