

## Besonderheiten:

Chronische Erkrankungen:  
(z.B. Diabetes)

---

---

---

Allergien/Unverträglichkeiten:

---

---

---

Sonstiges:  
(z.B. Demenz)

---

---

---

Ich betreue einen pflege-  
bedürftigen Menschen.  
Bin ich verhindert, be-  
nachrichtigen Sie bitte  
die Kontaktpersonen.

In meinem Haushalt  
versorge ich folgende  
Haustiere:

---

---

---

Bitte verständigen Sie die  
private Kontaktperson.

## Weitere wichtige Informationen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Notfall-Karte

Bitte immer zusammen  
mit der Karte Ihrer  
Krankenkasse mitführen  
und im Notfall vorlegen.



gereNETZ  
Gesundheitliches, eigenständiges Netzwerk für Krisenintervention



Amt für Soziale Arbeit

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Blutgruppe

**Im Notfall zu kontaktieren:**  
(Name/Telefonnummer notieren)

---

Private Kontaktperson

---

Hausarzt

---

Pflegedienst

---

Beratungsstelle

---

Bevollmächtigter/gesetzl. Betreuer

---

Apotheke

---

Sonstige

**Rechtliche Vorsorge:**

	Ja	Nein
Vollmacht:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betreuungs- verfügung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten- verfügung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organspende- ausweis:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palliativpass:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aufbewahrungsort:

---

---

---

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an Dritte weitergegeben werden dürfen.

---

Datum

---

Unterschrift