

**Vorhandene Hilfsmittel:**

- Hörgerät       Sehhilfe  
 Gehhilfe       Zahnprothese

**Besondere Anmerkungen:**

---

---

---

**Sind Sie Organspender?**

- ja       nein

**Haben Sie eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht?**

- ja       nein

Wenn ja, wo befindet sich das Original der Patienten  
verfügung/Vorsorgevollmacht?

---

---






Die Daten dieses Notfallpasses werden nur im Notfall verwendet.

Ich bin einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an  
den Rettungsdienst und das Krankenhaus weitergegeben werden  
dürfen.

Datum

Unterschrift

## Rufnummern für den Notfall

-  Rettungsdienst **112**  
 Feuerwehr **112**  
 Polizei **110**  
 Arztrufzentrale **116117**  
 Giftnotzentrale **0228 19240**

## Vorbeugend: Auch Rauchmelder können Leben retten!

[www.rauchmelder-lebensretter.de](http://www.rauchmelder-lebensretter.de)



© goldencow\_images / Fotolia

[www.aachen.de/aelterwerden](http://www.aachen.de/aelterwerden)



# Notfallpass

## Schnelle Hilfe im Notfall

Bitte füllen Sie diesen Notfallpass sorgfältig aus, wenn nötig mit Hilfe eines Angehörigen.  
**Bedenken Sie:** Dieser kleine Zeitaufwand kann Ihr Leben retten!

Legen Sie den Notfallpass und die entsprechenden Unterlagen gut sichtbar im Eingangsbereich Ihrer Wohnung / Haus oder aber in die Nähe des Telefons. Wichtige Notfall-Telefonnummern sind auf der Rückseite zu finden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, dass der Rettungsdienst diesen Notfallpass mitnehmen und im Krankenhaus abgeben darf.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Hausarzt (Name): \_\_\_\_\_

Telefon Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr: \_\_\_\_\_

Pflegedienst o.ä: \_\_\_\_\_

### Zu benachrichtigende Person:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Vertreter:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Grunderkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Besondere Vorerkrankungen:

Schlaganfall im Jahr \_\_\_\_\_  Demenz, bek. seit \_\_\_\_\_

Bluthochdruck seit \_\_\_\_\_  Herzinfarkt im Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Diabetes seit \_\_\_\_\_

### Besonderheiten:

Herzschrittmacherr  Hepatitis  MRSA

Desorientiert (zeitlich/räumlich)

(Weg-)Laftendenz

Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Aktuelle Medikamente:

Bitte fügen Sie den letzten aktuellen Medikamentenplan mit Diagnosen und Wechselwirkungen bei.

Ihr behandelnder Arzt hält diesen für Sie bereit!

### Besondere Medikamente:

Marcumar  Heparin  Cortison  Insulin

\_\_\_\_\_

### Letzt(e) Krankenhausaufenthalt(e):

Bitte fügen Sie in jedem Fall zu jeder Erkrankung den letzten Entlassungsbrief bei!

Ihr behandelnder Arzt hält diese(n) für Sie bereit!

 Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

**Stadt Aachen**  
Der Oberbürgermeister  
Fachbereich Wohnen, Soziales und Integration  
Seniorentelefon  
Verwaltungsgebäude Bahnhofplatz  
Tel.: 0241 432-56111  
seniorentelefon@mail.aachen.de

[www.aachen.de](http://www.aachen.de)