



Notfalldatenmanagement (NFDM)

Name Patient:

Geburtsdatum:

Kontaktdaten

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? Adresse, Telefonnummer(n) und evtl. E-Mail (max. 3)

Ihre behandelnde Ärzte:

Diagnosen:

Sind sie einverstanden die Diagnosen aus ihrer Akte zu übernehmen? Ja Nein

Medikation:

Unseren Medikationsplan übernehmen? Ja Nein

Allergien (Auslöser und Symptome):

Implantate (z.B. Hüfte):

--

Besondere Hinweise

Geistige Einschränkungen, Demenz, Tendenz zum Weglaufen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Entbindungstermin:
Kommunikationsstörung. z.B. Schwerhörigkeit:

Zusätzliche Angaben auf Wunsch der Versicherten

Blutgruppe:
Knochenmarkspender: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unverträglichkeiten (z.B. Lebensmittel):
Sonstiges:

Persönliche Erklärung

Organspendeerklärung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ablageort (z.B. Praxis, Familienmitglied):
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ablageort:
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ablageort: