Notfallblatt:

Persönliche Assistenz GmbH

Familienname: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____

Wohnanschrift:

PLZ: _____ Ort:_____
Straße:_____
Tel. Privat: _____
Firma:_____

Bei Minderjährigen:

Erziehungsberechtigt: _____
Tel. Privat: _____
Firma:_____

Im Notfall zu verständigen:

Notfalladresse 1

Name: _____
Telefon: _____

Notfalladresse 2

Name: _____
Telefon: _____

Hinweise für den Arzt (z.B. Zuckerkrankheit, Bluter, Medikamente, etc.):

Diagnose(n):_____
_____
_____
_____

Medikamente:_____
_____
_____
_____

Kurze Beschreibung der eigenen Person – was kann ich, was kann ich nicht?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Allergien, wenn ja: welche?

Nein ○

Ja: _____
_____

Gibt es eine Patientenverfügung?

Ja ○ Nein ○

Haben sie einen Rollstuhl, wenn ja: welchen?

Nein ○

Ja: _____
_____

Datum: _____ Unterschrift:_____

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

_____