

Anamnese – Medizinische Vorinformationen - Notfalldaten

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Sozialversicherungsnummer:

Sozialversicherung:

Nächste Angehörige:

Telefonnummer:

Medizinische Vorinformationen

Körpergröße:

Körpergewicht:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Vorerkrankungen:

Operationen:

Impfungen:

Impfpass: Wo ist er aufbewahrt?: _____

| Welche | Vollständige Grundimmunisierung | Letzte Auffrischung / Impfung |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Diphtherie | | |
| Tetanus | | |
| Pertussis | | |
| Poliomyelitis | | |
| Masern, Mumps, Röteln | | |
| Hepatitis A | | |
| Hepatitis B | | |
| FSME: | | |
| Sonstige Reiseimpfungen: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Persönliche Medikamente: Wo sind sie aufbewahrt: _____

regelmäßige Medikamente:

| Name | Wirkstoff | Stärke | Einnahmezeitpunkt |
|------|-----------|--------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Bedarfsmedikamente:

| Name | Wirkstoff | Stärke | Indikation | Wie oft / Tag möglich |
|------|-----------|--------|------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Sonstige wichtige medizinische Informationen: