

Notfallzettel – Covid-19



Landeshauptstadt
Potsdam

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Werden Medikamente eingenommen? ja nein > Wenn ja, welche?:

Sind Medikamente vorhanden? ja nein > Wenn nein, Weitergabe Information (z.B. Allergien):

! _____

Hausarzt: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Liegen relevante chronische Erkrankungen vor (z.B. Asthma, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, etc.)?

ja nein > Wenn ja welche?

Konsultation Facharzt notwendig ja nein: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Notfall-Kontaktperson 1: _____

Telefon: _____

Notfall-Kontaktperson 2: _____

Telefon: _____

Betreuer ja nein: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Vorsorgevollmacht ja nein: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Patientenverfügung ja nein: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Vor-/ Nachname Bearbeiter in Druckbuchstaben

Datum/ Unterschrift