



## Information zum Notfalldatensatz auf Ihrer Gesundheitskarte

Sehr geehrte Patienten,

**ab sofort** haben wir die Möglichkeit, **auf den Gesundheitskarten** unserer kleinen und großen Patienten **einen Notfalldatensatz** zu speichern.

Er dient der Übergabe wichtiger **medizinischer Informationen wie bestehende Medikamenteneinnahme, Allergien und Vorerkrankungen sowie der Kontaktdaten wichtiger Personen** (Angehörige, behandelnde Ärzte, etc.) insbesondere wenn ein Patient nicht in der Lage ist, diese Informationen selbst weiterzugeben (Bewusstlosigkeit, demente Patienten, Kinder in Abwesenheit der Eltern, etc).

Der Notfalldatensatz wird auf Ihrer Gesundheitskarte digital hinterlegt und ist nur mittels eines speziellen und besonders geschützten Systems einzusehen, sodass nur bspw. Arztpraxen, Krankenhäuser oder Mitarbeiter im Rettungswagen Zugriff auf diese Daten haben.

Sie können selbst bestimmen, ob eine Information aufgeführt wird. Die endgültige Form sollte mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, der die Daten auf Ihre Karte schreibt.

Das nachfolgende Formular dient als Hilfe für die Erstellung des Notfalldatensatzes. Dieses sollte möglichst vorausgefüllt bereits kurz vor einem Termin in unserer Arztpraxis abgegeben werden.

Bei Rückfragen sprechen Sie uns gerne an und bleiben Sie gesund.

Ihr Team der MVZ's Dinslaken-Lohberg und Voerde



## Angaben zum medizinischen Notfalldatensatz

(Bitte möglichst digital oder in leserlicher Druckschrift ausfüllen. Bei Platzmangel einfach auf der Rückseite weiterschreiben)

### 1) Kontaktdaten

|               |  |
|---------------|--|
| Vorname, Name |  |
| Telefon       |  |
| E-Mailadresse |  |

### 2) Behandelnde Ärzte/Kliniken

(maximal 3 und vorzugsweise auch mit Fachrichtung bspw. Universitätsklinik Musterstadt, Abteilung Kinderkardiologie etc.)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

### 3) Notfallkontakte

(Ehegatten, Eltern, Vormund, etc.)

|    |               |  |
|----|---------------|--|
| 1. | Vorname, Name |  |
|    | Telefon       |  |
|    | E-Mailadresse |  |
| 2. | Vorname, Name |  |
|    | Telefon       |  |
|    | E-Mailadresse |  |

### 4) Relevante Diagnosen, die aufgeführt werden sollen/dürfen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |



### 5) Aktuelle Dauermedikation

(alternativ kann der Medikationsplan genutzt werden)

|    |                     |  |
|----|---------------------|--|
| 1. | Präparat/Medikament |  |
|    | Dosierung           |  |
| 2. | Präparat/Medikament |  |
|    | Dosierung           |  |
| 3. | Präparat/Medikament |  |
|    | Dosierung           |  |
| 4. | Präparat/Medikament |  |
|    | Dosierung           |  |

### 6) Allergien

|  |
|--|
|  |
|  |

### 7) Implantate

(Herzschrittmacher, Defibrillator, etc.)

|  |
|--|
|  |
|  |

### 8) Weitere wichtige Informationen, die nicht explizit abgefragt wurden

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Team der MVZ's Dinslaken-Lohberg und Voerde