

# 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