Notfalldaten fürs EPD

Füllen Sie dieses Formular möglichst umfassend ab und speichern Sie dieses in Ihr elektronisches Patientendossier. Ersetzen Sie dieses im EPD (neues ablegen, alte Version löschen), wenn sich Angaben ändern.

1. Patientendaten

|  |  |
| --- | --- |
| Anrede |  |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geschlecht |  |
| Adresse (Strasse, Nr.) |  |
| PLZ, Ort |  |
| Land |  |
| AHV-Nummer  (Anmerkung: die AHV-Nummer ist 13-stellig) | \_ \_ \_ . \_ \_ \_ \_ . \_ \_ \_ \_ . \_ \_ |
| Nationalität |  |
| Mobiltelefon-Nummer |  |
| Festnetz-Telefonnummer |  |
| E-Mail-Adresse |  |
| Aktueller Beruf |  |
| Name und Adresse Arbeitgeber |  |
| Name Berufsunfallversicherung bei Arbeitgeber |  |
| Name und Adresse Krankenkasse |  |
| Versicherten-KARTEN-Nummer |  |

1. Notfallkontakt

(Weitere Notfallkontakte können Sie am Ende des Formulars erfassen)

|  |  |
| --- | --- |
| Beziehung (z.B. Vater, Tochter, Ehefrau, Arzt, Sozialarbeiter, etc.) |  |
| Welche Entscheidungsbefugnis hat dieser Notfallkontakt? |  |
| Wo ist diese Entscheidungsbefugnis dokumentiert? |  |
| Anrede |  |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Adresse (Strasse, Nr.) |  |
| PLZ, Ort |  |
| Land |  |
| Mobiltelefon-Nummer |  |
| Festnetz-Telefonnummer |  |
| Telefon-Nummer Büro |  |
| E-Mail-Adresse |  |
| Bemerkungen |  |

1. Behandelnde Gesundheits-Fachperson

(Weitere Behandelnde können Sie am Ende des Formulars erfassen)

|  |  |
| --- | --- |
| Rolle (z.B. Hausarzt, Spezialarzt, Therapeut, Spitex etc.) |  |
| Spezialisierung, Fachrichtung, Facharzttitel |  |
| Anrede |  |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Adresse (Strasse, Nr.) |  |
| PLZ, Ort |  |
| Land |  |
| Mobiltelefon-Nummer |  |
| Festnetz-Telefonnummer |  |
| Telefon-Nummer Büro |  |
| E-Mail-Adresse |  |
| Bemerkungen |  |

1. Blutgruppe

|  |  |
| --- | --- |
| Blutgruppe und Rhesusfaktor |  |

1. Allergien oder Unverträglichkeiten

(Weitere Einträge können Sie am Ende des Formulars erfassen)

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung der Allergie oder Unverträglichkeit |  |
| Beschreibung der Reaktion bei Eintritt der Allergie oder Unverträglichkeit |  |
| Bemerkungen |  |
| Gibt es weitere Dokumente im EPD zu dieser Allergie oder Unverträglichkeit? |  |

1. Risikofaktoren

wie z.B. Hepatitis B oder C; HIV; multiresistente Bakterien; Tuberkulose u.ä.

(Weitere Einträge können Sie am Ende des Formulars erfassen)

|  |  |
| --- | --- |
| Titel und Beschreibung |  |
| Gibt es weitere Dokumente im EPD zu diesem Risikofaktor? |  |

1. Krankheiten und Unfallfolgen

(Weitere Einträge können Sie am Ende des Formulars erfassen)

|  |  |
| --- | --- |
| Titel und Beschreibung |  |
| Gibt es weitere Dokumente im EPD zu dieser Krankheit oder Unfallfolge |  |

1. Gesundheitsausweise

|  |  |
| --- | --- |
| Gibt es Gesundheitsausweise in Ihrem EPD (z. B. Brillenpass, Organspendenausweis, Blutspendenausweis; Impfdaten etc.)? |  |

1. Patientenverfügungen

|  |  |
| --- | --- |
| Gibt es Patientenverfügungen in Ihrem EPD? |  |

1. Weitere Bemerkungen

|  |  |
| --- | --- |
| Welche wichtigen gesundheitsrelevanten Informationen gibt es noch zu Ihrer Person? |  |