

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	
----------------------------	--

2. 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	

3. 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	

4. Blutgruppe

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

5. 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?	

6. 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?	

7. 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	

8. Gesundheitsausweise

Gibt es Gesundheitsausweise in Ihrem EPD (z. B. Brillenpass,	
--	--

Post Sanela Health AG

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zürich

+41 44 272 08 08 | info@post-sanela.ch | www.post-sanela.ch

Organspendenausweis, Blutspendenausweis; Impfdaten etc.)?	
---	--

9. Patientenverfügungen

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

10. Weitere Bemerkungen

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