

	<b>Formblatt Notfalldatensatz Fragebogen</b>	Bearbeiter: MFA C. Wiedemann Stand: 05.06.2025 Version: 01 Seite: 1 von 2
---	--	--

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

wir möchten Sie über das Notfalldatenmanagement (NFDM) informieren, ein System, das im Notfall lebensrettende Informationen auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bereitstellt. Ihre Teilnahme ist freiwillig, und Sie können selbst entscheiden, welche Daten Sie hinterlegen möchten. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten:

### 1. Persönliche Daten (Patientendaten)

- Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 2. Kommunikationsdaten

- Telefon: \_\_\_\_\_
- E-Mail: \_\_\_\_\_
- Fax: \_\_\_\_\_

### 3. Benachrichtigungskontakt

- Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- Beziehung: \_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_
- E-Mail: \_\_\_\_\_
- Fax: \_\_\_\_\_

### 4. Befunddaten

- Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein
- Implantate: Datum: \_\_\_\_\_  
Typ: \_\_\_\_\_ Welche: \_\_\_\_\_
- Kommunikationsstörung (z.B. Demenz): \_\_\_\_\_
- Weglaufgefährdung: ☐ Ja ☐ Nein  
Falls ja, bitte Erläuterung: \_\_\_\_\_
- Sonstige Hinweise (z.B. Blutgruppe): \_\_\_\_\_



Genehmigt am	Handzeichen Praxisbetreiber	Handzeichen QMB
05.06.2025	<i>M. Schlögel</i>	<i>F. Löffel</i>

	<b>Formblatt Notfalldatensatz Fragebogen</b>	Bearbeiter:	MFA C. Wiedemann
		Stand:	05.06.2025
		Version:	01
		Seite:	2 von 2

- **Allergien:** Welche: \_\_\_\_\_  
Reaktion: \_\_\_\_\_
- **Unverträglichkeiten:** Substanz: \_\_\_\_\_  
Reaktion: \_\_\_\_\_
- **Freiwillige Zusatzinformationen:** \_\_\_\_\_

## 5. Wichtige Dokumente (DPE - Digitale Patientendaten)

- **Organspendeerklärung:**  
☐ Ja ☐ Nein  
 Beschreibung: \_\_\_\_\_  
 Ablageort: Straße - \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort - \_\_\_\_\_
- **Vorsorgevollmacht:**  
☐ Ja ☐ Nein  
 Beschreibung: \_\_\_\_\_  
 Ablageort: Straße - \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort - \_\_\_\_\_  
 Bevollmächtigter: Name: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_
- **Patientenverfügung:**  
☐ Ja ☐ Nein  
 Beschreibung: \_\_\_\_\_  
 Ablageort: Straße - \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort - \_\_\_\_\_

### Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich, dass die oben genannten Daten korrekt sind und im Rahmen des Notfalldatenmanagements gespeichert und im Notfall abgerufen werden dürfen.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Genehmigt am	Handzeichen Praxisbetreiber	Handzeichen QMB
05.06.2025	<i>M. Schlögel</i>	<i>F. Löffel</i>