



**Hauptdiagnosen  
Palliativmedizinische Problematik/  
chronische, schwerwiegende Erkrankungen**

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Mitteilung an den Notarzt/  
die Notärztin**

---

---

---

**Besonderheiten, Bemerkungen, Medikamente  
(z. B. Allergien und Unverträglichkeiten)**

Allergie  ja  nein

Wenn ja, gegen:

---

---

---

---

---

**Hausarzt/Hausärztin**

---

---

---

**Palliativ Care Team**

---

---

---