

# ERGÄNZENDE INFORMATIONEN (FREIWILLIGE ANGABEN)

## KUNDE Smardian

## WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR DEN NOTARZT

## GESUNDHEITZUSTAND

### Medikamente

 Blutverdünner  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Krankheiten

 Asthma    COPD  
 Depressionen  
 Demenz    Alzheimer  
 Diabetes  
 MRSA-Keim  
 Multiple Sklerose (MS)

 Parkinson  
 \_\_\_\_\_

### Status

 Bettlägerig  
 Dialyse-Patient/in  
 Gehbehinderung  
 Herzinfarkt gefährdet

 Herzschrittmacher  
 Schlaganfall gefährdet  
 Hörgerät  
 Sehbehinderung  
 Sprachstörungen  
 Taubheit  
 \_\_\_\_\_

### Allergien

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## WOHNGEMEINSCHAFT

### Mitbewohner

Name/Vorname	Tel.
Name/Vorname	Tel.
Haustiere	
Art/Name	

## WOHNSITUATION

 Einfamilienhaus       Doppelhaus    Eingang  links    rechts

 Mehrfamilienhaus

Wohnung Nr.	Etage	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
-------------	-------	--------------------------------	---------------------------------

 Betreutes Wohnen

Wohnung Nr.	Etage	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
-------------	-------	--------------------------------	---------------------------------

 Schlüssel ist hinterlegt

Ort
-----

## ERGÄNZENDE HINWEISE

 Medikamente

Ort
-----

 Patientenverfügung

Ort
-----

 Notfall-Pass

Ort
-----

### Einwilligungserklärung / Freiwilligkeit / Widerruf

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Gesundheitsdaten meiner Person zum Zweck ggfs. erleichterter Meldungsbearbeitung erhoben, gespeichert und genutzt werden. Eine Verwendung der Daten für andere als den beschriebenen Zweck oder eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt und ist unzulässig. Die Dauer der Speicherung richtet sich ausschließlich nach dem genannten Zweck der Verarbeitung und endet spätestens nach Erfüllung des Zwecks bzw. mit dem Widerruf. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne einen persönlichen Nachteil für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf kann in jeder schriftlichen Form an sie WSH GmbH erfolgen. Meine Daten werden dann umgehend gelöscht. Über den jeweiligen Status werde ich ggfs. benachrichtigt. Sollte ich Fragen zu der Nutzung dieser Daten haben oder weitere Auskünfte benötigen, kann ich mich an die verantwortliche Stelle der WSH GmbH bzw. an den Datenschutzbeauftragten des Unternehmens wenden.

Ort / Datum

Unterschrift der/des Versicherten