



|  |  |
| --- | --- |
| MedizinischeNotfallmappefür

|  |
| --- |
|  |

 |

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wir alle können unerwartet und plötzlich auf fremde Hilfe angewiesen sein.

Durch Unfälle, Krankheiten oder auch durch fortschreitendes Alter entstehen Situationen, in

denen Betroffene unkomplizierte Hilfe durch Angehörige und Vertrauenspersonen benötigen.

Diese Notfallmappe hilft, weil Sie hier alle wichtigen Daten eintragen können, damit Ihnen im Ernstfall schnell geholfen werden kann.

Informieren Sie Ihre Vertrauenspersonen über das Vorhandensein einer solchen Mappe und bewahren Sie sie dort auf, wo sie im Notfall leicht zugänglich ist.

Überprüfen Sie regelmäßig Ihre Eintragungen, damit Erkrankungen, Medikamente, Allergien usw. immer auf dem aktuellsten Stand sind.

Hilfe beim Ausfüllen der Vordrucke erhalten Sie bei den Mitgliedern des Seniorenbeirates.

Zusätzlich zur gedruckten Form steht Ihnen die Notfallmappe auch im Internet unter

www.badsegeberg.de seniorenbeirat.html zur Verfügung.

Bad Segeberg, im Dezember 2014

Dieter Schönfeld Karin Am Wege

 Bürgermeister Vorsitzende des Seniorenbeirats

**Inhalt**

[Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger 2](#_Toc404841238)

[Wichtige Rufnummern 4](#_Toc404841239)

[Persönliche Daten 5](#_Toc404841240)

[Im Notfall zu benachrichtigen 6](#_Toc404841241)

[Im Notfall zu beachten 6](#_Toc404841242)

[Krankenversicherung/en 7](#_Toc404841243)

[Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung 7](#_Toc404841244)

[Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung 7](#_Toc404841245)

[Unfallversicherung 7](#_Toc404841246)

[Hausarzt 8](#_Toc404841247)

[Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin: 8](#_Toc404841248)

[Apotheke: 8](#_Toc404841249)

[Mein ambulanter Pflegedienst: 8](#_Toc404841250)

[Ärztliche Behandlungen - ambulant – 9](#_Toc404841251)

[Medikamente 10](#_Toc404841252)

[Zahnärztliche Behandlungen 11](#_Toc404841253)

[Klinische Behandlungen - stationär – 11](#_Toc404841254)

[Weitere medizinische Daten 12](#_Toc404841255)

[Weitere medizinische Daten 13](#_Toc404841256)

[Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung 14](#_Toc404841257)

[Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung 15](#_Toc404841258)

[Notizen 16](#_Toc404841259)

# Wichtige Rufnummern

|  |  |
| --- | --- |
| Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall) | 110 |
| Feuerwehr | 112 |
| Rettungsdienst / Notarzt | 112 |
| Ärztlicher Bereitschaftsdienst S-H | 116 117 |
| Giftnotruf | 0551 19240 |
| Herzklinik Segeberg | 04551 802-4801 |
| Segeberger Kliniken | 04551 801-1100 |
| Neurologie Segeberg | 04551 802-9998 |
| Telefonseelsorge* Evangelisch
* Katholisch
 | 0800 11101110800 1110222 |
| Opfer-Notruf und Info-Telefon | 01803 343434 |
| EC-Kartensperrung | 116 116 |
| EWS Bad Segeberg* Störung Strom
* Störung Gas / Wasser
 | 04551 89390000 |
| Verbraucherzentrale Schleswig Holstein | 0431 59099-0 |
| Telefonauskunft | 11833 |
| Weißer Ring (Opferhilfe) kostenlos | 116006 |
| Deutsche Rentenversicherung | 0800 1000 480 22 |
| Pflegestützpunkt Bad Segeberg | 04551 955112 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Persönliche Daten

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Konfession** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kirchengemeinde** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Familienstand** | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| **Ehegatte: Name, Vorname/n** | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| **Evtl. früherer Name des Ehegatten** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Wohnung des Ehegatten** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer des Ehegatten** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy des Ehegatten** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Raum für weitere Anmerkungen** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Im Notfall zu benachrichtigen

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefax** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefax** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Im Notfall zu beachten

|  |
| --- |
| **Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Sonstiges** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Krankenversicherung/en

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Krankenkasse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Nr. der Versicherungskarte** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungskarte befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Unfallversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Hausarzt

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Praxis** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Praxis** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fachrichtung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Praxis** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fachrichtung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Praxis** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fachrichtung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Apotheke:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Apotheke** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefax** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Mein ambulanter Pflegedienst:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift des Pflegedienstes** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefax** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Ärztliche Behandlungen - ambulant –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datumvon / bisJahr / Jahr | Grund der ärztlichen Behandlung(Diagnose) | Name desBehandelndenArztes |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Medikamente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name des Medikaments** | **Einnahmezeit** |  |
|  | **morgens** | **mittags** | **abends** |  |
| **Blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar)** |  |  |  |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |

# Zahnärztliche Behandlungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum****von / bis** | **Grund der zahnärztlichen Behandlung****(Diagnose)** | **Name des****behandelnden****Arztes** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Klinische Behandlungen - stationär –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum****von / bis** | **Grund des klinischen Aufenthaltes****(Diagnose)** | **Name des****behandelnden****Arztes** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Weitere medizinische Daten

|  |  |
| --- | --- |
| **Blutgruppe** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Impfungen** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Impfbuch vorhanden** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Impfbuch befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Impfung gegen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allergien** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Allergiepass vorhanden** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Allergiepass befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Allergie gegen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diabetes** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Welcher Typ** | [ ]  **Typ1** | [ ]  **Typ2** |  |
| **Insulin** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** | **Zeitschema siehe Seite 7** |
| **Tabletten** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Ausweis vorhanden** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Ausweis befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anfallsleiden** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Nähere Beschreibung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HIV** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Nähere Beschreibung****Seit wann** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Weitere medizinische Daten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schwerbehinderungen** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Grad und Art der Behinderung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Implantate** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Art des Implantats****(z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transplantationen** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Art der Transplantation und weitere Angaben** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organspenderausweis** | [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |  |
| **Ausweis befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Sonstiges** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

[ ]  **Vorsorgevollmacht**

**Ich habe am** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**eine Vorsorgevollmacht errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** |
| **Name, Vorname:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon / E-Mail:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Notariell beurkundet:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Name, Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

[ ]  **Betreuungsverfügung**

**Ich habe am** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**eine Betreuungsverfügung errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** |
| **Name, Vorname:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon / E-Mail:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Notariell beurkundet:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Name, Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

[ ]  **Patientenverfügung**

 **Ich habe am** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 **eine Patientenverfügung errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** |
| **Name, Vorname:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon / E-Mail:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Notariell beurkundet:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Name, Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

* **Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des**
* **Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten angeben.**
* **(Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)**
* **Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)**
* **Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen**

* **Kleinere Möbel, (wie Tische und Stühle, wegräumen)**
* **Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung**
* **Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringen Betrag)**
* **Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe**
* **Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe**
* **Bisher einzunehmende Medikamente mitgeben**
* **Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen**
* **evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)**
* **Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)**
* **ggf. Pflegedienst benachrichtigen**

# Notizen

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Diese Notfallmappe ist mit Unterstützung des Seniorenbeirates der Stadt Nortorf zustande gekommen. Die Unterlagen wurden freundlicherweise dem Seniorenbeirat**

**der Stadt Bad Segeberg zur Verfügung gestellt. Diese wurden auf die Belange der Stadt Bad Segeberg vom Seniorenbeiratsmitglied Horst Rönnau angepasst.**

**Seniorenbeirat der Stadt Bad Segeberg**

**Karin Am Wege (Vorsitzende)**

**Tel.: 04551 84280**

**Der Seniorenbeirat hat:**

**Jeden Mittwoch von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr seine Sprechstunde im Rathaus Raum 1.19. Telefon: 04551 964416**

**Jährlich finden vier öffentliche Sitzungen statt.**

**Besuchen Sie auch unsere Seniorenwoche, die immer im April stattfindet.**

****