

Notfall-Info

- Arzt
- Rettungsdienst
- Krankenhaus

Diesen Zettel bitte gut sichtbar an der Wohnungs-/Schlafzimmertüre innen,
am Telefon oder am Kopfende des Bettes anbringen.

Bei einem lebensbedrohlichen Unfall oder einer akuten Erkrankung wählen Sie vorwahlfrei

112

für den Notarzt und den Rettungsdienst.

Bei einer nicht lebensbedrohlichen Erkrankung rufen Sie Ihren Hausarzt unter seiner

Rufnummer oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter

116 117

an.

Diese Notfall-Info ist z.B. über die verschiedenen Altenheime und Krankenhäuser
des Landkreises Dingolfing-Landau zu beziehen.

Bündnis Pflege und soziale Dienste Region Dingolfing-Landau

Außerdem ist die Notfall-Info im Internet des Landratsamtes Dingolfing-Landau zum Herunterladen!

<http://komxpress.lra-dgf.bayern.de/Landratsamt/FormulareDownload.aspx?Filter=B>

Wichtige Informationen bei Verlegung ins Krankenhaus

Die Angaben auf diesem Infoblatt sind Anhaltspunkte - eine Vollständigkeit der Angaben kann nicht garantiert werden.

Name	<input type="text"/>	Letzter Krankenhausaufenthalt - Jahr	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Krankenhaus	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Krankenkasse	<input type="text"/>		
Hausarzt	<input type="text"/>		
Angehörige	<input type="text"/>		

Versichertenkarte!

(bei Bedarf verständigen):

N Versorgung mit Wäsche und sonstigem Bedarf

O durch

F Betreuung (§ 1896 BGB): ja nein

A Sozialstation

L Bürozeiten von bis

Ansprechpartner,
Tel. Nr.

Bezugsperson,
Tel. Nr.

Bekannte, gesicherte Diagnosen

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Apoplex	<input type="checkbox"/> Hyper-/Hypotonie
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Infarkt	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer	<input type="checkbox"/> Angina pectoris	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

Impf-, Allergiepass, Ausweis etc., Aufbewahrung

<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Versichertenkarte	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schrittmacher	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Notfallausweis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="text"/>		

Ständige Medikation

<input type="checkbox"/> Oral	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="text"/>

Ständige Einschränkung/Schwierigkeiten/Probleme

P Kommunikation

F Orientierung: zeitlich/örtlich

L Körperpflege

E Ernährung Diät/Kostform Sonde ja nein

G Ess- und Trinkgewohnheiten: Vorliebe/Abneigung

E Ausscheidung: z.B. Inkontinenz, Obstipation

I Bewegung

N Schlaf

O Seelsorge

Ständige Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnprothese oben/unten	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="text"/>

Ständige Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Material	<input type="text"/>
Sonstiges	<input type="text"/>

Datum

Unterschrift