

MINI-NOTFALLMAPPE

**Für den schnellen Überblick
im Ernstfall**

1. Persönliche Angaben

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Foto:

2. Das Wichtigste auf einen Blick

Notfallkontakt 1:

Name:

Telefon:

Beziehung:

Notfallkontakt 2:

Name:

Telefon:

Beziehung:

Hausarzt:

Name:

Telefon:

Adresse:

Wichtige medizinische Hinweise:


Allergien / Unverträglichkeiten:



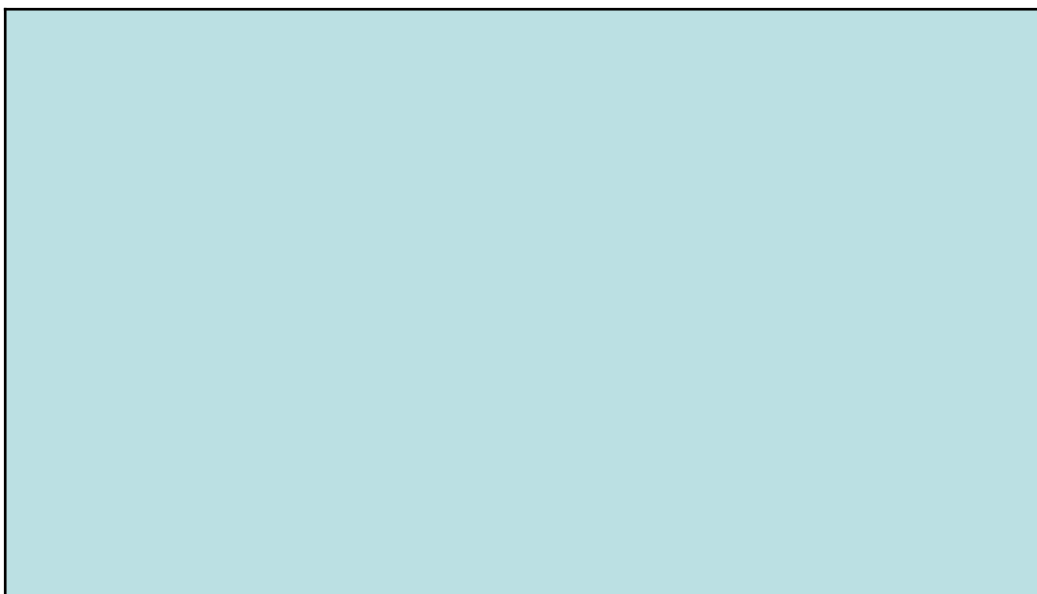
Wichtige Diagnosen (Stichworte):



Implantate / Hilfsmittel (z. B. Herzschrittmacher, Hörgerät):



Medikamente (nur Namen):



3. Medizinische Kurzinfos

Diagnosen (Stichworte):

Allergien / Unverträglichkeiten:

Hilfsmittel:

Brille

Hörgerät

Rollator / Rollstuhl

Sonstiges:

Besondere Hinweise:

Sturzrisiko

Orientierungsschwierigkeiten

Diabetes

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Sonstiges:

4. Kontaktpersonen & Versorgung

Familie / Angehörige:

Name

Telefon

Beziehung

Name

Telefon

Beziehung

Name

Telefon

Beziehung

Pflegedienst (falls vorhanden):

Name

Telefon

Zeiten

Nachbarn / Vertrauenspersonen:

Name

Telefon

Name

Telefon

5. Wichtige Dokumente – Wo sie zu finden sind *(Nur Hinweise, keine Originale)*

Patientenverfügung: Ort: _____

Vorsorgevollmacht: Ort: _____

Betreuungsverfügung: Ort: _____

Medikamentenplan: Ort: _____

Krankenversicherungskarte: Ort: _____

Personalausweis

/ Reisepass: Ort: _____

6. Alltag & Orientierung

Mobilität:

Selbstständig J/N

Mit Unterstützung J/N

Rollator J/N

Rollstuhl J/N

Kommunikation:

Bitte langsam sprechen J/N

Bitte deutlich sprechen J/N

Schwerhörigkeit J/N

Sehschwäche

Gewohnheiten / Hinweise:

Baucht morgens etwas mehr Zeit J/N

Reagiert auf Stress sensibel J/N

Benötigt Ruhe beim Aufstehen J/N

Sonstiges:

Haustiere: J/N

Tierart / Name _____

Wer kümmert sich im Notfall:

7. Persönliche Hinweise

(Für mehr Menschlichkeit im Notfall)

Das ist mir wichtig: _____

Das beruhigt mich: _____

Das mag ich nicht: _____

Bitte beachten:

Freundliche, ruhige Ansprache

Zeit lassen bei Bewegungen

Keine Hektik erzeugen

8. Danke

Danke, dass Sie sich kümmern. Ihre Unterstützung bedeutet mir viel.

9. Platz für Ergänzungen

Weitere medizinische Infos _____

Hinweise für Pflegekräfte _____

Notizen der Angehörigen _____
