

Persönliche Informationen für die medizinische (Notfall-)Versorgung

	1. Kontakt im Notfall	2. Kontakt im Notfall
Name:	Name:	Name:
Vorname:	Vorname:	Vorname:
Straße, Nr.	Straße, Nr.	Straße, Nr.
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Tel.:	Tel.:	Tel.:
Mobil:	Mobil:	Mobil:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:

	Pflegedienst	Firma zur Wartung des Kommunikationsgerätes
Hausarzt		
Name:	Pflegedienst:	Firma:
Straße, Nr.	Kontaktperson:	Kontaktperson:
PLZ, Ort:	Straße, Nr.	Straße, Nr.
Tel.:	PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Mobil:	Tel.:	Tel.:
E-Mail:	Mobil:	Mobil:
	E-Mail:	E-Mail:

Krankenversicherung	
Versicherung:	Vers.-Nr: Tel.:

Persönliche Informationen für die medizinische (Notfall-)Versorgung

Relevante Krankengeschichte

Spezielle Lagerung im Bett (ggf. Foto anfügen)

Medikamente und Dosierung	Allergien/Diäten	Wahrnehmungsstörungen / Gestörtes Schmerzempfinden	Spezielle Gewohnheiten (z. B. Einschlafrituale)

Benötigte Unterstützung / Hilfsmittel für Hygiene /Toilette	Benötigte Unterstützung / Hilfsmittel für Essen / Trinken	Benötigte Unterstützung / Hilfsmittel für Transport / Mobilität	Benötigte Unterstützung / Hilfsmittel für Kommunikation