

Ihr persönlicher Notfallplan

Grunddaten

Vorname		Nachname	
Adresszusatz (z.B. Hinterhaus, Nebengebäude, Eingang auf Hausrückseite)		Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort	Geburtsdatum	
Telefonnummer		Telefonnummer mobil	

Persönliche Daten

Herzerkrankungen	Lungen- /Atemwegserkrankungen	Neurologische Erkrankungen
Blutdruckprobleme	Diabetes	Sonstiges

Medikamente

Blutdrucksenker	Insulin	Blutverdünnende Medikamente
Blutdruckmedikamente	Neuroleptika	
Sonstige Medikamente		

Allgemeine Angaben:

Hören Sie schlecht?	Sehen Sie schlecht?
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Haben Sie schon einmal einen Schlaganfall erlitten?

Angaben zum möglichen Schlüsseltresor

vorhanden	Wo installiert	Code
-----------	----------------	------

Ihr Hausarzt

Name Arzt/Praxis	Telefon
------------------	---------

Notfallkontakt 1

Vorname	Nachname
Festnetzrufnummer	Mobile Rufnummer
In welchem Bezug steht diese Person zu Ihnen?	Entfernung zu Ihnen in Minuten?
Hat diese Person einen Schlüssel?	

Notfallkontakt 2

Vorname	Nachname
Festnetzrufnummer	Mobile Rufnummer
In welchem Bezug steht diese Person zu Ihnen?	Entfernung zu Ihnen in Minuten?
Hat diese Person einen Schlüssel?	

Notfallkontakt 3

Vorname	Nachname
Festnetzrufnummer	Mobile Rufnummer
In welchem Bezug steht diese Person zu Ihnen?	Entfernung zu Ihnen in Minuten?
Hat diese Person einen Schlüssel?	