Medizinische Notfallmappe

für

Gemeinde Daldorf

Liebe Daldorferinnen und Daldorfer,

plötzlich und unerwartet kann jeder von uns von harten einschneidenden Schicksalsschlägen getroffen werden. Plötzlich benötigt man Hilfe von Familie, Freunden oder aber von fremden Personen, wie z.B. einem Pflegedienst.

Gerne stellen wir Ihnen eine Medizinische Notfallmappe zur Verfügung. Hier können alle persönlichen und medizinischen Informationen niedergeschrieben werden. Diese Notfallmappe dient einzig allein dazu, Ihnen im Notfall schnell helfen zu können. So kann Ihre Vertrauensperson bei einem Notfall anhand dieser Notfallmappe sofort mitteilen, welche Medikamente eingenommen werden.

Wichtig: Prüfen Sie regelmäßig Ihre Eintragungen. Ihre Aufzeichnungen müssen immer aktuell sein.

Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen der Vordrucke benötigen, stehen Ihnen gerne folgende Personen zur Verfügung:

Jürgen Frank, Telefon: 04328/9090771

Anja Bergmeier, Telefon: 0170/8237278

Sie haben auch die Möglichkeit, diese Notfallmappe unter http://www.gemeinde-daldorf.de abzurufen.

Jürgen Frank
Bürgermeister

Inhaltsverzeichnis

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger..... 2
Inhalt 3
Wichtige Rufnummern 4
Persönliche Daten 5
Im Notfall zu benachrichtigen / zu beachten 6
Hausarzt 7
Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin 7
Mein ambulanter Pflegedienst 7
Medikamente 8
Krankenversicherung/en 9
Private Krankenversicherung/ Krankenzusatzversicherung 9
Private Krankenversicherung/ Pflegegeldzusatzversicherung 9
Unfallversicherung 9
Weitere medizinische Daten 10
Weitere medizinische Daten 11
Ärztliche Behandlung - ambulant— 12
Klinische Behandlungen - stationär— 13
Zahnärztliche Behandlungen 13
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung 14
Bestattungsvorsorge / andere Verfügungen 15
Krankenhauseinweisung, vorbereitende Maßnahmen 16
Notizen 17
Hinweise 18

Wichtige Rufnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	110
Rettungsdienst / Notarzt / Feuerwehr	112
Wenn Sie außerhalb der Praxisöffnungszeiten dringend medizinische Hilfe benötigen, können Sie sich an den ärztlichen Bereitschaftsdienst wenden. Notdienst: Freitag 18.00 Uhr bis Montag 7.00 Uhr	
Ärztlicher Bereitschaftsdienst S-H	116 117
Augenärztlicher und HNO-ärztlicher Notdienst	116 117
Zahnärztlicher Notdienst	116 117
Kinderärztliche Anlaufpraxis	116 117
Apotheken Notdienst Den aktuellen Notdienst finden Sie auf oder über	www.aksh-notdienst.de 0 800 0022833
Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster	04321 405 0
Segeberger Kliniken	04551 801 0
Herzklinik Segeberg	04551 802 0
Giftnotruf	0551 19240
Opfernotruf und Info-Telefon	01803 343434
Weißer Ring (Opferhilfe) kostenlos	116006
Pflegestützpunkt Bad Segeberg	04551 955112
Palliativstation FEK—NMS	04321 405 5550
Palliativnetz Travebogen (Team Nord)	04551 9084332
EC-Kartensperrung	116 116
Telefonauskunft	11833
Behördentelefon	115
Telefonseelsorge † Evangelisch † Katholisch	0800 1110111 0800 1110222

Persönliche Daten

Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Konfession	
Kirchengemeinde	

Familienstand	
Ehegatte: Name, Vorname/n	
Evtl. früherer Name des Ehegatten	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	
Handy des Ehegatten	

Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils

Raum für weitere Anmerkungen

Im Notfall zu benachrichtigen

Name	
Vorname/n	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Telefax	

Name	
Vorname/n	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Telefax	

Im Notfall zu beachten

Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen

Sonstiges

Hausarzt

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

Mein ambulanter Pflegedienst

Name / Anschrift des Dienstes	
Telefonnummer	
Telefax	

Medikamente

Name des Medikament Blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcurmar)	morgens	Einnahme-zeit mittags	abends	

Krankenversicherungen

Name der Krankenkasse	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Versicherungskarte befindet sich	

Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Örtl. Versicherungsagentur	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Weitere medizinische Daten

Blutgruppe	

Impfungen	☐ ja	☐ nein	
Impfbuch vorhanden	☐ ja	☐ nein	
Impfbuch befindet sich			
Impfungen gegen			

Allergien	☐ ja	☐ nein	
Allergiepass vorhanden	☐ ja	☐ nein	
Allergiepass befindet sich			
Allergien gegen			

Diabetes	☐ ja	☐ nein	
Welcher Typ	☐ Typ1	☐ Typ2	
Insulin	☐ ja	☐ nein	
Tabletten	☐ ja	☐ nein	
Ausweis vorhanden	☐ ja	☐ nein	
Ausweis befindet sich			

Anfallsleiden	☐ ja	☐ nein	
Nähere Beschreibung			

HIV	☐ ja	☐ nein	
Nähere Beschreibung seit wann			

Weitere medizinische Daten

Schwerbehinderungen	☐ ja	☐ nein	
Grad und Art der Behinderung			

Implantate	☐ ja	☐ nein	
Art des Implantats (z.B Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)			

Transplantationen	☐ ja	☐ nein	
Art der Transplantationen und weitere Angaben			

Organspendeausweis	☐ ja	☐ nein	
Ausweis befindet sich			

Röntgenpass	☐ ja	☐ nein	
Ausweis befindet sich			

Sonstiges

Ärztliche Behandlungen - ambulant -

Datum von / bis Jahr / Jahr	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

Klinische Behandlungen - stationär

Datum von / bis	Grund des klinischen Aufenthaltes (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

Zahnärztliche Behandlungen

Datum von / bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht

☐ Patientenverfügung

Ich habe am ……..…… eine Patientenverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar	befindet sich bei folgender Person
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Notariell beurkundet	
Name, Anschrift	

☐ Vorsorgevollmacht

Ich habe am …..…… eine Vorsorgevollmacht errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar	befindet sich bei folgender Person
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Notariell beurkundet	
Name, Anschrift	

☐ Betreuungsverfügung

Ich habe am ……..…… eine Betreuungsverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar	befindet sich bei folgender Person
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Notariell beurkundet	
Name, Anschrift	

Bestattungsvorsorge

☐ Bestattungsvorsorge

Ich habe am ……..……. eine Bestattungsvorsorge errichtet.

Aufbewahrungsort	
Bestattungs-unternehmer	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
eingezahlter Betrag	
am:	
bei:	

Andere Verfügungen nach meinem Tode:

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglich keiten angeben. (Notarzt und den Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Haustürnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Personen möglichst Zugang zum Krankenbett. Kleinere Möbel, wie Tische und Stühle wegräumen.
- Ärztliche Transport– und Krankenhauseinweisung bereit-halten.
- Versicherungskarte, Personalausweis, Geld (nur geringen Betrag).
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe.
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe.
- Bisher einzunehmende Medikamente mitgeben.
- Anschriften und Telefonnummer der nächsten Angehörigen
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- Ggf. Pflegedienst benachrichtigen

Notizen