

Ihr individueller Notfallplan

IHRE DATEN

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Vorname* Nachname*

Geburtsdatum* Telefon-/Mobilfunknummer*

Straße, Hausnummer* PLZ, Ort*

Adresszusatz (z. B. Etage, Nebengebäude, Eingang an der Hausrückseite)

MEDIZINISCHE DATEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Herzerkrankungen (z.B. KHK Coronare Herzkrankheit, Herzinfarkt)

Lungen-/Atemwegserkrankungen (z.B. COPD, Asthma)

Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Alzheimer, Demenz)

Blutdruckprobleme (z.B. Bluthochdruck, Hypotonie)

Diabetes

Hörschwäche **Sehschwäche**

Sonstiges _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Haben Sie schon einmal einen Schlaganfall erlitten? Ja Nein

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE?

Ich nehme regelmäßig:

Insulin

Blutverdünnende Medikamente

Blutdruckmedikamente

Neuroleptika (z. B. Epilepsie-Medikamente)

Weiteres _____


IHR HAUSARZT

Name Arzt/Praxis Telefonnummer

Ihr individueller Notfallplan

NOTFALL-KONTAKTE (Angehörige/Bezugspersonen)

1. Bezugsperson*

 _____
Name, Vorname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

Ja Nein

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten): _____

2. Bezugsperson*

 _____
Name, Vorname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

Ja Nein

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten): _____

3. Bezugsperson*

 _____
Name, Vorname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

Ja Nein

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten): _____

4. Bezugsperson*

 _____
Name, Vorname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

Ja Nein

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten): _____

INFO

Bitte kontrollieren Sie den von Ihnen ausgefüllten individuellen **Notfallplan auf Vollständigkeit** der angegebenen Notfallkontakte. Sie sollten eine ausreichende Anzahl an Kontaktpersonen mit adäquater Anfahrtszeit hinterlegen. Liegt die **Anfahrtszeit keiner Ihrer Kontaktpersonen unter 30 Minuten**, empfehlen wir einen **Schlüsseltresor**, um Ihre Sicherheit zu gewährleisten. Teilen Sie unserem Service-Team bitte schriftlich – per E-Mail oder per Post – alle zukünftigen wesentlichen Änderungen in Ihrem Notfallplan mit. Eine Vorlage zum Notfallplan erhalten Sie auf telefonische Anfrage per Post oder online unter www.besser-leben.de/seguna-home

So können Sie Ihren Notfallplan zukommen lassen:

- E-Mail: segunahome@medi-markt.de
- Post: MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim

Bei Fragen zögern Sie nicht, uns anzurufen:

Tel: 0621 391 56 57 37 (Mo - Fr 9.00 - 17.00 Uhr)