



NOTFALLMAPPE

FÜR

NAME:

DATUM:

Seniorenbeirat



Markt Weisendorf



Liebe Leserin, lieber Leser,

oft verändert ein Unfall oder eine Krankheit das ganze Leben. In dieser Situation tritt dann neben der allgemeinen Hektik auch der Stress ein und es kommt zusätzlich die Frage auf, ob der Betroffene alles für sich selbst und gegenüber den Angehörigen geregelt hat. Eine der wichtigsten Entscheidungen, die jeder für sich selbst festlegen sollte, sind Regelungen, die z.B. im Hinblick auf einen Krankenhausaufenthalt usw. getroffen werden müssen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie die wichtigen Adressen und Telefonnummern für den Notfall. Eingehftet sind aber auch Vordrucke, auf denen Sie z.B. Ihren Hausarzt, regelmäßig erforderliche Medikamente, Allergien oder Versicherungsdaten eintragen können.

Und schließlich auch Formulare für Ihre persönlichen Verfügungen im Falle der Pflegebedürftigkeit oder des Ablebens.

Machen Sie von diesem Angebot Gebrauch, erneuern Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie diese Mappe leicht erreichbar, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihren Versicherungsunterlagen auf. Weisen Sie aber auch Ihre nächsten Angehörigen auf diese Mappe hin.

Diese Notfallmappe ist in der Gemeinde (Amt für Freizeit und Kultur) erhältlich.

Wir hoffen, dass Ihnen diese Notfallmappe ein nützlicher Ratgeber ist.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr
Seniorenbeirat Weisendorf
Gerbersleite 2
91085 Weisendorf

Ausgabe: Mai 2017

Dieter Goebel 1. Vorsitzender;
Jutta Kattner 2. Vorsitzende;
Dietmar Ströbel Schriftführer

Notfallmappe

Inhalt:

1 Persönliche Daten und wichtige Rufnummern.....	4
1.1 Persönliche Daten.....	4
1.2 Im Notfall zu benachrichtigen.....	4
1.3 Hausarzt.....	5
1.4 Apotheke.....	5
1.5 Wichtige Rufnummern.....	6
2 Krankenversicherung, Behandlungen, Medikamente.....	7
2.1 Kranken- und Pflegeversicherungen.....	7
2.2 Allergien, Impfungen, Sonstiges.....	10
3 Versicherungen.....	11
4 Vermögensaufstellung/Verbindlichkeiten.....	14
5 Mitgliedschaften.....	15
6 Für den Todesfall.....	16
7 Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter.....	16
7.1 Vollmacht.....	17
7.2 Betreuungsverfügung.....	17
7.3 Patientenverfügung Vorwort.....	19
Vordruck: Patientenverfügung Seite 1.....	20
Vordruck: Patientenverfügung Seite 2.....	21
Impressum.....	22
8 Vordruck: Notfall - Infoblatt Seite 1.....	23
Vordruck: Notfall - Infoblatt Seite 2.....	24
9 Anhang: Betreuungsrecht Broschüre vom Bundesministerium der Justiz, (Informationen, Vordrucke)	

1 Persönliche Daten, wichtige Rufnummern

1.1 Persönliche Daten

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon Blutgruppe

Konfession Kirchengemeinde

1.2 Im Notfall zu benachrichtigen

Name Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon Telefax

E-Mail Handy

Name Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon Telefax

E-Mail Handy

1.3 Hausarzt

Name der Praxis

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon

1.4 Apotheke

Name der Apotheke

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mein ambulanter Pflegedienst

.....

Personen die für meine Wohnung/Haus einen Schlüssel besitzen

Name

1.5 Wichtige Rufnummern

Feuerwehr	Notruf 112
Rettungsdienst	Notruf 112
Polizei, Überfall	Notruf 110
Ärzte Dr. Huber / Dr. Kreiner	09135 8290
Zahnärztin Dr. Fröhlich	09135 8519
Zahnärztin Nagel	09135 723 240
Zahnarzt Reck	09135 8233
Apotheke Seebach	09135 1282
Ambulante Krankenpflege / Diakoniestation	09135 8206
Giftnotrufzentrale Nürnberg	0911 3982451
Katholisches Pfarramt Weisendorf	09135 1372
Ev. Pfarramt Weisendorf	09135 1377
Ev. Pfarramt Kairindach	09135 8213
Gemeindeverwaltung Weisendorf	09135 7120 0

2 Krankenversicherung, Behandlungen, Medikamente

2.1 Kranken- und Pflegeversicherungen

Krankenversicherung

Name der Krankenkasse:.....

Anschrift:.....

.....

Telefon:.....

Nr. der Versichertenkarte:.....

Versichertenkarte befindet sich:.....

Pflegeversicherung

Name der Pflegekasse:.....

Anschrift:.....

.....

Telefon:.....

Nr. der Versichertenkarte:.....

Versichertenkarte befindet sich:.....

Weitere Krankenversicherungen (z.B. Krankenhaus-Zusatzversicherung)

.....

.....

.....

.....

.....

Behandlungen und Medikamente

Ärztliche Behandlungen - ambulant-

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

Medikamente

Name des Medikaments	Einnahme morgens	Einnahme mittags	Einnahme abends	Einnahmezeit

Blutgerinnungshemmende Substanzen:(Macumar etc.)

.....

Zahnärztliche Behandlungen

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

Klinische Behandlungen -stationär-

Datum von / bis	Grund des Klinikaufenthaltes (Diagnose)	Name des Krankenhauses

2.2 Allergien, Impfungen, Sonstiges

Allergien:

Allergiepass vorhanden: ja nein

Diabetes: Insulin ja nein
 Tabletten ja nein

Nachweis von Impfungen

Impfpass vorhanden: ja nein

Blutgruppe:

.....

Sonstiges:

.....

3 Versicherungen

(Angaben ergänzen und regelmäßig aktualisieren)

Sterbegeldversicherung :

Name der Versicherung:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Versicherungsschein Nr.

Versicherungsschein befindet sich:.....

Lebensversicherung:

Name der Versicherung:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Versicherungsschein Nr.

Versicherungsschein befindet sich:.....

Unfallversicherung:

Name der Versicherung:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Versicherungsschein Nr.

Versicherungsschein befindet sich:.....

Privathaftpflichtversicherung:

Name der Versicherung:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Versicherungsschein Nr.

Versicherungsschein befindet sich:.....

Hausratversicherung:

Name der Versicherung:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Versicherungsschein Nr.

Versicherungsschein befindet sich:.....

Feuerversicherung:

Name der Versicherung:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Versicherungsschein Nr.

Versicherungsschein befindet sich:.....

Kfz-Versicherung:

Name der Versicherung:

PLZ/Ort:

Telefon:

Versicherungsschein Nr.

Versicherungsschein befindet sich:

Gebäudeversicherung:

Name der Versicherung:

PLZ/Ort:

Telefon:

Versicherungsschein Nr.

Versicherungsschein befindet sich:

Weitere Versicherungen:

Rechtchutzversicherung

Verbundene Gebäudeversicherung

Reisegepäckversicherung

Folgende Versicherungen können gekündigt werden:

a) b)

c) d)

4 Vermögensaufstellung / Verbindlichkeiten

a) **Grundbesitz:**

Mein Grundbesitz ist eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes:

Von Blatt

Ich bin Alleineigentümer / Miteigentümer zusammen mit:

.....

Die Unterlagen befinden sich

b) **Girokonten:**

IBAN BIC

IBAN BIC

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Girokonto-Nr. bei

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Girokonto-Nr. bei

c) **Sparkonten:**

Sparkassenbuch-Nr. bei der Sparkasse

Es befindet sich

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Sparbuch-Nr. bei der Sparkasse

Es befindet sich

d) Weitere Bankverbindungen:

.....
.....
.....

e) Bausparvertrag:

Nr. bei

Die Unterlagen befinden sich

f) Wertpapiere, Aktien etc.:

.....

Die Unterlagen befinden sich

g) Vollmachten:

Art der Vollmachten:

.....
.....

Die Vollmacht befindet sich

.....

**5 Mitgliedschaften
in Vereinen, Verbänden, Automobilclubs, Abonnements
usw.**

Mitglied bei:

Mitglied bei:

Mitglied bei:

Mitglied bei:

6 Für den Todesfall

Mein Testament ist hinterlegt bei:

Name:

Anschrift

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

1. Bei Todesfällen zu Hause oder an Wochenenden den ärztlichen Sonntagsdienst wegen Ausstellung des Leichenschauscheines benachrichtigen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird dies von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
4. Termin für Beisetzung mit Stadtverwaltung und mit Pfarrer abklären
5. Überlegen, ob Urnen- oder Erdbestattung.

Nachlassangelegenheiten:

Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.

Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

7 Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter

durch:

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 7.1 Vollmacht | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> |
| nein | | |
| 7.2 Betreuungsverfügung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> |
| nein | | |
| 7.3 Patientenverfügung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> |
| nein | | |

Banken/Sparkassen haben in der Regel eigene Vordrucke für Konto/Depotvollmachten. Setzen Sie sich deshalb mit Ihrer Bank in Verbindung.

Informationen und Vordrucke zur rechtlichen Vorsorge finden Sie in der Broschüre "Betreuungsrecht" in der Notfallmappe als Anlage, sowie im Internet unter: www.bmj.de

7.1 Vollmacht

Bitte beachten Sie:

1. Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen eine individuelle Gestaltung der Vollmacht nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen. Dies bedingt aber auch, dass Sie sich jeweils für „Ja“ oder „Nein“ entscheiden. Lassen Sie etwa eine Zeile unangekreuzt oder füllen versehentlich beide Kästchen aus, ist die Vollmacht in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und ungültig. Wollen Sie jeden Zweifel vermeiden, können Sie jeden Absatz mit Ihrer Unterschrift versehen. Wollen Sie in die vorgesehenen Leerzeilen nichts eintragen, so sollten Sie mit Füllstrichen den Vorwurf möglicher nachträglicher Veränderung entkräften. Bitte verwenden Sie Sorgfalt auf das Ausfüllen!

2. Die Unterschrift des Bevollmächtigten ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der Vollmacht. Die vorgesehene Zeile hierfür soll Sie nur daran erinnern, dass die frühzeitige Einbindung Ihrer Vertrauensperson höchst sinnvoll ist.

3. Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie unbedingt den Rat eines Rechtsanwalts oder Notars suchen oder die Hilfe eines Betreuungsvereins in Anspruch nehmen.

7.2 Betreuungsverfügung

**Anmerkung zur Vollmacht zur Vorsorge /
Betreuungsverfügung**

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht zur
Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges
Betreuungsverfahren vorsorgen, nämlich durch eine
Betreuungsverfügung. Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur
Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer
keinesfalls Ihr Betreuer werden soll).

Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.
Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und
Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit
zu halten hat.

Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der
gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn
Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine
Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert
werden.

Reicht der Vordruck aus Platzgründen für die Niederschrift Ihrer
Wünsche nicht aus, können Sie auch ein Beiblatt anfügen.

Als Alternative kann auch das nachfolgend beiliegende

NOTFALL - INFOBLATT

verwendet werden.

7.3 Patientenverfügung

Bitte sorgfältig lesen!

MÖGLICHKEITEN DER VORSORGE
für Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, über ihre Angelegenheiten
selbst zu entscheiden

Zielsetzung:

Bekundung eigener Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlung und Pflege bei Einwilligungsunfähigkeit, insbesondere bei schwerster aussichtsloser Erkrankung, insbesondere in der letzten Lebensphase. Auch als mögliche sinnvolle Ergänzung zur Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht verwendbar.

Bedeutung im Rechtsverkehr:

Leitet sich aus § 1901a, § 1901b und § 1904 BGB ab. Muss von Betreuer und behandelnden Ärzten beachtet werden.

Formale Erfordernisse:

Schriftliche (nicht zwingend handschriftliche) Form. Eigenhändige Unterschrift (in Abständen z. B. von 2 - 3 Jahren möglichst erneuern). Wünschenswert ist die Unterschrift mindestens eines Zeugen, (ebenfalls möglichst erneuern) zur Bestätigung, dass Verfasser im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Notarielle Beurkundung ist nicht erforderlich.

Aktualisierungen/Änderungen/Ergänzungen sollten mit zusätzlicher Unterschrift und Datum versehen werden.

Aufbewahrung:

Bei den persönlichen Unterlagen, bei Angehörigen oder Freunden, eventuell beim Hausarzt. Abgabe bei Klinikaufnahme.

Es ist empfehlenswert, immer einen Hinweis auf den Aufbewahrungsort bei sich zu führen.

Beachte!

Bei den Formularen der Sächsischen Landesärztekammer handelt es sich um Musterformulare, die durch Streichung von Passagen oder Ergänzungen entsprechend des Willens des Erstellers geändert werden können. Um Widersprüche in der Erklärung zu vermeiden, empfehlen wir bei Zweifeln eine ärztliche oder ggf. notarielle Beratung im Einzelfall. Es wird jegliche Haftung ausgeschlossen.

Anschließend finden sie eine Vorlage zur Patientenverfügung

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Wenn (*zutreffendes bitte ankreuzen*)

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist; dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist,
- ich infolge eines weitfortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, ist es meine persönliche Entscheidung, dass (*zutreffendes bitte ankreuzen*)
 - keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weiter geführt wird, auch wenn damit mein Leben verlängert werden könnte,
 - an mir keine lebenserhaltenden Maßnahmen, wie die folgenden, vorgenommen bzw. bereits begonnene wieder abgebrochen werden: (*zutreffendes bitte ankreuzen*)
 - Wiederbelebung
 - Künstliche Beatmung
 - Dialyse
 - Bluttransfusion
 - Operationen und andere invasive / interventionelle Eingriffe
 - andere Medikamentengabe
 - ich Antibiotikatherapie nur mit leidenslindernder Zielstellung wünsche,
- ich eine weitest gehende Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere von Schmerzen, Atemnot oder Übelkeit wünsche. Eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.
- Ich wünsche mir persönlichen Beistand, z.B.

..... (Name und Telefonnummer)

Ich wünsche mir seelsorgerischen/geistlichen Beistand, z.B.

.....(Name und Telefonnummer).

Ich bin mit einer Obduktion zur Befundklärung einverstanden / nicht einverstanden (*Nicht zutreffendes bitte streichen.*)

Erklärung zur Organspende

Ich stimme trotz meiner oben genannten Verfügungen einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Mir ist bewusst, dass Organe nur nach irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung der Hirnfunktionen nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Ausgenommen sind folgende Organe:

.....

Die Patientenverfügung habe ich mit meinem Hausarzt (Name/Anschrift)

.....besprochen.

Bei Fragen zu meiner Person können Sie kontaktieren

.....

Datum und Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers:

.....

Ich/Wir bestätige(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift, dass Frau/Herr

.....
die Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat. (*Unterschrift des/der Zeugen mit Ort und Datum, zusätzlich bitte Angabe des Namens, des Geburtsdatums und der Adresse. Unterschrift und Stempel eines Arztes, bspw. des Hausarztes, wird empfohlen.*)

Ort/Datum:.....

Zeuge(n):.....

Persönliche Notizen

Impressum

Herausgeber: Seniorenbeirat der Marktgemeinde Weisendorf

Stand: Mai 2017

Es wurden Informationen herangezogen aus:

- Unterlagen Bundesministerium der Justiz
- Unterlagen der Bayerischen Staatsministerien,
- Informationen der Gemeindeverwaltung Weisendorf
- Internetrecherchen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde weitgehend auf eine Differenzierung der beiden Geschlechter verzichtet.

Die in dieser Notfallmappe zusammengestellten Informationen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, wurden jedoch sehr sorgfältig recherchiert. Aus diesem Grund können an den Herausgeber und Autor keine rechtlichen Ansprüche gestellt werden.

Anregungen, Ergänzungen und Berichtigungen nimmt der Seniorenbeirat gerne entgegen.

Die Notfallmappe ist auf der Homepage der Marktgemeinde Weisendorf unter der Rubrik Seniorenbeirat als PDF-Datei hinterlegt und kann von dort herunter geladen werden.

(www.weisendorf.de)

Titelfoto: Weisendorf im Herbst, Max Schreiner

Überarbeitung, Redaktion und Layout Max Schreiner, Dieter Goebel
Mai 2017

Notfall-Kontaktperson	
Name:	
Anschrift:	
Tel. Privat:	
Tel. Arbeit:	
Tel. Mobil:	
Folgende Person verlässt sich auf meinen täglichen Kontakt und benötigt Pflege oder wird betreut.	
Name:	
Telefon:	Tel. Mobil:
Haben Sie ein Haustier? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Anzahl	
Tierart/Rasse	Name:
Gibt es Besonderheiten die bei den Haustieren zu beachten sind?	
Name:	Tel.:
Wer kann sich im Notfall um die Tiere kümmern?	
Wer hat dieses Notfallblatt ausgefüllt?	
Name: (In Druckschrift)	
Ich versichere alle Angaben nach meinem besten Gewissen gemacht zu haben.	
Datum:	Unterschrift:

Seniorenbeirat



Markt Weisendorf

Notfall - Infoblatt

Im Notfall zählt jede Sekunde!

Mit den aktuellen freiwilligen Angaben auf diesem Notfall-Infoblatt zu Ihrem Gesundheitszustand, Allergien, Medikamenten, Kontaktpersonen und anderen Einzelheiten richten Sie wichtige Informationen an Ihre Retter.

Damit können die Retter noch schneller auf Ihre Notfallsituation reagieren.

Hinweis!

- Für jede im Haushalt lebende Person soll ein eigenes Notfall-Infoblatt ausgefüllt werden.
- Platzieren Sie Ihr Notfallblatt in ihrer Kühlschrankschranktür
- Kleben Sie ein Hinweisschild außen an den Kühlschrank
- Stellen Sie sicher, dass ihr Medikamentenplan immer bei Den Medikamenten liegt.

Mein Notfall-Infoblatt (freiwillige Angaben)		
Name:		
Vorname:		
Geb. am:		
Straße/Nummer:		
Plz.: Wohnort:		
Krankenkasse:		
Versicherungs Nummer:		
Beschreiben Sie jede Allergie und Unverträglichkeit (auch Medikamente) unter der Sie leiden.		
Beschreiben Sie Krankheiten die Einfluss auf eine Notfall-behandlung haben können. nein/ja		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	wann
Blutverdünnung	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	wann
Bypass-Operation	<input type="checkbox"/>	wann
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	
Asthma, Bronchitis	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Typ?
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/>	seit
Bluterkrankheit	<input type="checkbox"/>	welche
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	wann

Gibt es noch weitere Diagnosen/Informationen?
Welche Medikamente nehmen Sie ein?
Patientenverfügung ja / nein Wo liegt sie?
Organspenderausweis ja / nein Wo liegt er?
Impfpass ja / nein Wo liegt er?
Ihre Hausarztpraxis
Name:
Telefon:
Wer pflegt Sie?
Name, Pflegedienst:
Tel. Privat Tel. Arbeit Tel. Mobil