

Mein Handbuch für alle Fälle

Persönliche Daten für den Notfall



Kennen Sie das?

Sie müssen plötzlich ins Krankenhaus, wer weiß in Ihrem Haushalt Bescheid? Wer kümmert sich zum Beispiel um Angehörige, Ihren Hund oder andere Haustiere, wenn Sie krank sind? Wer kann Ihre Wohnung, Haus oder Garten versorgen und notwendige Dinge für Sie erledigen? Wer weiß, wo Sie wichtige Unterlagen aufbewahren?

Machen Sie es Ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen leichter, Ihnen im Notfall zur Seite zu stehen, indem Sie Ihre Grunddaten schnell zur Verfügung stellen.

Nutzen Sie "**Mein Handbuch**" als Anregung und erweitern Sie es nach Ihren Vorstellungen und Ihrer persönlichen Situation.

Wir haben uns vorgestellt, die losen Blätter jeweils in eine Klarsichtfolie zu legen und in einem auffälligen Ordner abzuheften. So haben Sie die Möglichkeit, jederzeit Ideen, Einfälle und Änderungen den einzelnen Themen zuzuordnen.

Eine weitere Möglichkeit der Nutzung für "**Mein Handbuch**" besteht darin, einzelne Seiten in Kopie für den Notfall bei sich zu tragen.



Nutzungsbedingungen

Weitergabe für den privaten Gebrauch:

Die PDF darf für den privaten Gebrauch kostenlos weitergegeben werden. Eine kommerzielle Nutzung der PDF (z.B. Verkauf) ist nicht erlaubt.

Bereitstellung der PDF auf Servern/Angebot zum Download:

Eine Bereitstellung der PDF auf Servern zum Download ist untersagt und bedarf der ausdrücklichen Zustimmung durch die AutorInnen.

Eine Verlinkung mit den von den AutorInnen/UrheberInnen ausdrücklich genehmigten Downloadquellen ist erlaubt.

Änderungen

Änderungen an der PDF und deren anschließende Weitergabe sind nicht erlaubt und bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung durch die AutorInnen/UrheberInnen.

Die AutorInnen/UrheberInnen übernehmen keine Haftung für Änderungen, die an der PDF vorgenommen wurden.

1. Auflage, erschienen im August 2016

Kontakt

ERGOLIVING

Dörte Gericke, ergonomische Fachberaterin

Barbara Schön, Physiotherapeutin

Zur Scharfmühle 68, 37083 Göttingen, Telefon 0551-791730

ergoliving@t-online.de

A Persönliche Daten für den Notfall	Seite 4 - 5
<hr/>	
B Medizinische Versorgung	
Medikamentenliste	Seite 6
Unverträglichkeiten / Allergien	
Krankengeschichte	
Ärzte	Seite 7
Therapeuten und Fitness etc.	
Hilfsmittel	Seite 8
<hr/>	
C Meine individuellen Prophylaxemaßnahmen	Seite 9
<hr/>	
D Meine Bezugsquellen für dies und das	Seite 10
<hr/>	
E Haushaltsorganisation + Haustechnik	Seite 11-12
<hr/>	
F Sensible Daten	
Steuerberater	Seite 13
Rechtsanwalt	
Versicherungen	
Finanzen	Seite 14
Testament	Seite 15
Beerdigung	
<hr/>	

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon / Fax: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Beihilfe _____

Zusatzversicherung: ja nein Versicherung: _____

Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Apotheke: _____

Taxi: _____

Impfpass: ja nein wo: _____

Organspendeausweis: ja nein wo: _____

Schwerbehinderung: ja nein Prozent: _____

Außergewöhnliche ja nein
Gehbehinderung _____

Patientenverfügung vorhanden? ja nein wo: _____

Betreuungsvollmacht vorhanden? ja nein wo: _____

Generalvollmacht vorhanden? ja nein wo: _____

Kontovollmacht vorhanden?: ja nein wo: _____

Name Bevollmächtigte/r: _____

Ansprechpartner/in im Notfall:

Name, Adresse, Telefon, Mail

Wohnungsschlüssel hinterlegt bei:

Name, Adresse, Telefon, Mail

Notfalltasche fürs Krankenhaus ja nein wo:

--

Ich versorge folgende **Angehörige** im Haushalt:

--

Ich versorge folgende **Haustiere** im Haushalt:

--

Pflegedienst vorhanden? ja nein

Name, Adresse, Telefon, Mail

Bevorzugte Unterbringung im Notfall (Krankenhaus):

Name, Adresse, Telefon, Mail

auf keinen Fall: _____

Bevorzugte Unterbringung für Kurzzeitpflege:

Name, Adresse, Telefon, Mail

auf keinen Fall: _____

Aktuelle Ärzte

Name, Adresse, Telefon, Mail

Augen
Gynäkologe
HNO
Inneres
Orthopäde
Urologe
Zahnarzt

Meine Therapeuten

Name, Adresse, Telefon, Mail

Ergotherapie
FitnessStudio
Logopädie
Physiotherapie

Ich bin auf folgende Hilfsmittel angewiesen:

Meine Fachgeschäfte für:

Name, Adresse, Telefon, Mail

Atem
Augen
Haare
Ohren
Rücken / Bandscheibe / Gelenke
Zähne
Sonstiges

Meine individuellen Prophylaxemaßnahmen und Übungsauswahl aus folgenden Bereichen (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Atemübungen, Beckenboden, Flexi-Bar, Fußübungen, Gleichgewicht, Joggen, Kinesiotape, Morgengymnastik, Pezziball, Pilates, Qi Gong, Schwimmen, Stretching, Tai Chi, Tennisball, Theraband, Wärme- und Kälteanwendung, Yoga...

Gezielte Übungen für meine Problembereiche:

Füße
Hüfte
Knie
Kopf
Rücken / Ischias
Schulter / Nacken
Sonstiges

Bezugsquellen für:

Name, Adresse, Telefon, Mail

Körperpflege, Kosmetik, Toilettenartikel

Mein/e Friseur/in

Ober-Bekleidung (Größe_____)

Unter-Bekleidung (Größe_____)

Schuhe (Größe_____)

Strümpfe / Stützstrümpfe (Größe_____)

Sonstiges

Haushaltsorganisation

Name, Adresse, Telefon, Mail

Anbieter für Haushaltshilfen (z.B. Diakoniestation, Soziale Dienste...)

Essensservice vorhanden? ja nein

Name, Adresse, Telefon, Mail

Anbieter für Essen (z.B. Essen auf Rädern, Johanniter-Menüservice, bofrost...)

Sonstiges

Haustechnik – wer kommt bei Problemen?

Name, Adresse, Telefon, Mail

Computer
Dachdecker
Elektriker
Heizung / Wartung
Radio / TV
Sanitär / Wasser
Telefon
Treppenlift / Wartung
Sonstiges

Steuerberater

Name, Adresse, Telefon, Mail

Rechtsanwalt

Versicherungen

Sonstiges

Bankschließfach?

ja nein wo:

Finanzen: Thema Gehalt / Geld

Regelmäßige Bezüge von:

Name, Adresse, Telefon, Mail

Finanzielle Verpflichtungen

Laufende Verträge (z.B. Telefon, Handy, Zeitungs-Abo...)

Name, Adresse, Telefon, Mail

Sonstiges

Testament? ja nein wo hinterlegt:

Beerdigung

Name, Adresse, Telefon, Mail

Beerdigungsinstitut

Bestattungswunsch

Friedhof

Grabstelle vorhanden? ja nein wo:

Wer soll später eine Todesanzeige erhalten? (Liste siehe Anhang)

Sonstiges

