

Wir bieten Ihnen ✓

- Sozialstation
- Hausnotruf
- Betreutes Wohnen
- Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
- Angehörigenberatung
- Soziotherapie
- Nachbarschaftshilfe (Ringgebiet Nord/West)
- Gerontopsychiatrische Pflegeheime

ambet

Ansprechpartner

ambet

Beratung **Tel. 0531 / 25657-31**
E-Mail info@ambet.de
Internet www.ambet.de

Notfallblatt



Für Frau/Herrn

Name

Vorname

Geburtstag

Straße

PLZ/Ort

Telefonnummer

Informationen



Wozu?

Das Notfallblatt dient der schnellen und zielgerichteten Hilfe in Notsituationen.

Wer?

Das Notfallblatt kann von älteren, chronisch kranken und hilfebedürftigen Menschen oder anderen Personen genutzt werden.

Warum?

Das Notfallblatt gibt helfenden Personen (Rettungssanitätern, Angehörigen, Nachbarn) einen Überblick über wichtige persönliche Daten. Hilfsmaßnahmen können schnell eingeleitet werden.

Wohin?

Das Notfallblatt sollte gut sichtbar im Eingangsbereich der Wohnung oder auch in der Handtasche aufbewahrt werden.

- Seniorenpflegeheime
- Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- Service-Wohnen
- Begegnungsstätten/Nachbarschaftshilfen


Stiftung St. Thomaehof
Braunschweig

Stiftung St. Thomaehof

Braunschweig

Beratung **Tel. 0531/581130**
E-Mail hauptverwaltung@stiftungstthomaehof.de
Internet www.stiftungstthomaehof.de

- Seniorenwohnungen
- Betreutes Wohnen
- Wohnraumanpassung
- Beratung und Vermittlung sozialer Hilfen
- Freizeitangebote für Senioren
- Seniorenpaten


NIBELUNGEN
WOHNBAU GMBH

NIBELUNGEN
WOHNBAU GMBH

Beratung **Tel. 0531/30003-331 oder -133**
E-Mail info@niwo24.de
Internet www.niwo24.de

- Ambulante Pflege
- Hauswirtschaftliche Dienste
- Essen auf Rädern
- Hausnotruf
- Mobiler sozialer Hilfsdienst
- Behindertenassistenz
- Nachbarschaftshilfe (östliches Ringgebiet)


Paritätische Dienste

Paritätische Dienste

Beratung **Tel. 0531/48079-10**
E-Mail info@paritaetischer-bs.de
Internet www.paritaetischer-bs.de

Nofallnummern:

Feuerwehr

Rettungsleitstelle



112

19222



Fragebogen

Bitte vollständig ausfüllen!

Komme ich plötzlich ins Krankenhaus, verständigen Sie bitte meine/meinen

(z. B. Tochter/Sohn) _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

oder meine/meinen _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mein (Haus-) Arzt ist:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Meine Krankenkasse ist: _____

Die Versichertenkarte befindet sich:

Ich bin in einer Pflegestufe:

nein ja Stufe: 1 2 3

ist am beantragt: _____

Für mich wurde folgende/r Betreuer/in eingesetzt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Ich habe eine Patientenverfügung verfasst, sie befindet sich:

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente:

Ich leide an folgenden Allergien und/oder Unverträglichkeiten:

Ich leide an folgenden Krankheiten/Einschränkungen:

Diabetes Hörschwäche

Marcumarpatient Sehschwäche

Herzschrittmacher Bluthochdruck

Ich benötige folgende Hilfsmittel:

Hörgerät Brille

Zahnprothese Kontaktlinsen

Rollstuhl Rollator

Meine Krankenhaustasche steht:

Mein Haustier soll versorgt werden von:

Ich werde bereits durch folgende Dienste/Einrichtungen unterstützt:

Sozialstation/Pflegedienst:

Institution: _____

Telefon: _____

Essen auf Rädern:

Institution: _____

Telefon: _____

Nachbarschaftshilfe:

Institution: _____

Telefon: _____

Hausnotruf:

Institution: _____

Telefon: _____

Sonstige:

Institution: _____

Telefon: _____

Dieses Blatt wurde zuletzt aktualisiert am:
