

ALTERSGERECHTE STADT FELDBACH

GESUNDHEITSVORSORGE FELDBACH

NOTFALL-MAPPE

Vor- & Zuname:

Geburtsdatum & Versicherungsnummer:

Allergien:

Nein Ja, welche?



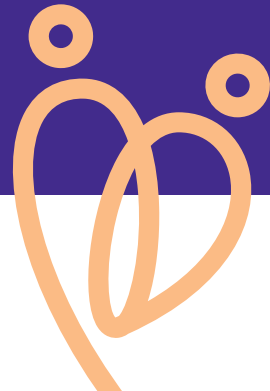
Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

FELDBACH
DIE ALTERSGERECHTE STADT



www.feldbach.gv.at/altersgerechtestadt

COMMUNITY
NURSING
FELDBACH



PERSÖNLICHE DATEN

Vorname:

Nachname:

Telefonnummer:

Familienstand:

Adresse:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer:

Versichert bei:

Zusatzversicherung: Ja Nein Versichert bei:

Kontaktperson (Im Notfall bitte verständigen):

Vor- & Nachname

Telefonnummer:

Beziehungsverhältnis:

VORSORGE/VERTRETUNG

Haben Sie eine ...

- Vorsorgevollmacht
- Erwachsenenvertretung (Wenn JA, bitte Kopie beilegen!)

Wenn JA – Name und Telefonnummer

- Patientenverfügung (Wenn JA, bitte Kopie beilegen!)

HAUSÄRZT:IN

Vor- & Nachname:

Telefonnummer:

Adresse:

FACHÄRZT:IN

Vor- & Nachname:

Telefonnummer:

Adresse:



MEDIZINISCHE DATEN

Diese Daten können sich im Laufe der Zeit verändern, legen Sie daher eine Kopie von aktuellen Befunden oder eines aktuellen Arztbriefes bei.

Vorerkrankungen/Chronische Erkrankungen:

Blutgruppe:

Diabetes: Nein Ja (Typ)

Wenn ja, welche Tabletten und/oder Insulin (Name):

Blutverdünnung: Nein Ja (Welche?) _____

Immunsuppression: Nein Ja

Dialysepflichtig: Nein Ja

Shunt: Nein Ja (Wo?) _____

Herzschrittmacher: Nein Ja

Sonstiges Implantat (z.B. Knie, Hüfte,...): Nein Ja (Welche?) _____

Porth-a-Cath: Nein Ja

Hatten Sie bereits Operationen: Nein Ja

Wenn JA, welche und wann:

MEDIKAMENTE

Tragen Sie hier Ihre aktuellen Medikamente ein oder legen Sie eine Medikamentenliste des Hausarztes bei.

Name des Medikaments (+ Stärke)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Anmerkungen (Häufigkeit, ...)
Medikamente, die ich regelmäßig nehme					
Medikamente, die ich nur bei Bedarf nehme	Wofür?				Anmerkungen (Häufigkeit, ...)

PFLEGE/BETREUUNG

Pflegegeld: Nein Ja (Stufe): _____

Besteht eine Betreuung zu Hause? Nein Ja

Wenn Ja, durch: Familie
 24h Betreuung
 Mobile Dienste (Name der Organisation): _____
 Sonstige Unterstützung: _____

Körperliche Einschränkungen/Behinderungen: _____

Kommunikative Einschränkungen (sehen, hören, ...): _____

HEILBEHELFE/HILFSMITTEL

Hörgerät Nein Ja (Wo?): _____

Brille Nein Ja

Kontaktlinsen Nein Ja

Zahnprothese Nein Ja (Wo?): _____

Gehhilfe Nein Ja (Welche?): _____

Sonstiges: _____

BESONDERHEITEN/GEWOHNHEITEN

WEITERE WICHTIGE INFORMATIONEN



MEDIZINISCHER NOTFALL/ NOTFALLNUMMERN:

Euro-Notruf:	112
Feuerwehr:.....	122
Polizei:.....	133
Rettung:.....	144
Gesundheitstelefon (allgemeine Anlaufstelle, 365 Tage/0-24 Uhr):.....	1450
Wasserrettung:	130
Bergrettung, Alpinnotruf:.....	140
Ärztendienst:.....	141
Telefonseelsorge:.....	142
Krankentransport Rotes Kreuz:.....	14844
Vergiftungszentrale:.....	01/4064343
Gehörlosennotruf (Fax, SMS):	0800/133 133
Opfer-Notruf:.....	0800/112 112
Sozialpsychiatrischer Notdienst:	01/313 30

**Lassen Sie diese Mappe bestenfalls
griffbereit im Vorraum und nehmen Sie
die Mappe bei Bedarf zu geplanten
Krankenhausaufenthalten mit bzw.
händigen Sie diese bei Notfällen
den Sanitätern aus.**



PROJEKTLEITUNG: Fin.Ref. Sonja Skalnik

KONTAKT: Community Nurses,
Start UP Center Feldbach,
Franz-Seiner-Gasse 2, 8330 Feldbach,
Tel.: 03152 / 2202-750, cn@feldbach.gv.at,
www.feldbach.gv.at/altersgerechtestadt

TELEFONZEITEN: Mo-Fr 09:00-12:00 Uhr

SPRECHSTUNDEN IM START UP:
nach telefonischer Vereinbarung

