

Wie oft haben Sie im Notfall schon nach entsprechenden Papieren gesucht?

Der Seniorenbeirat Bad Pyrmont möchte Ihnen helfen, die notwendigen Daten griffbereit zu haben. Bei Notfällen, insbesondere bei Nacht, am Wochenende oder an Feiertagen, wird der Notdienst / Rettungsdienst gerufen. Der begleitende Arzt stellt Fragen zur Krankengeschichte, zu Vorbehandlungen, zu Medikamenten-Einnahmen - alles wichtige Daten, um die Behandlung einleiten zu können. Und dann beginnt oft die Suche, das hilflose Schulterzucken!

Für diesen Fall hat der Seniorenbeirat Bad Pyrmont - durch freundliche Unterstützung der Seniorengemeinschaft Höxter e.V. - eine Notfallkarte herausgegeben. In diese "Grüne Karte" sollte die Hausärztin / der Hausarzt wichtige medizinische Daten, z.B. Vorerkrankungen oder Medikamente eintragen.

Diese "Grüne Karte" kann dann, mit einer evtl. vorhandenen Notfallmappe, an gut sichtbarer Stelle in der Wohnung ausgelegt werden, damit sie im Notfall sofort zu finden ist.

Die Karte erhalten Sie als diese große Klappkarte und auch als kleine Faltkarte für Ihre Brief- oder Handtasche in den Apotheken, im Rathaus und beim Seniorenbeirat der Stadt Bad Pyrmont-Tel. 05281 949 302.

Die Notfallkarte kann Leben retten!

Der Seniorenbeirat Bad Pyrmont bedankt sich herzlich für die freundliche Unterstützung bei folgenden Partnern:

Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont
M & I Fachklinik Bad Pyrmont
Haus am Moorteich GmbH
Bad Pyrmont Apotheke

Agaplesion Ev. Bathildiskrankenhaus Bad Pyrmont
Agaplesion Bethanien Bad Pyrmont-Wohnen und Pflegen
DMV Diedrichs Markenvertrieb
Seniorengemeinschaft Höxter e. V.

Vom Rettungsdienst mitzunehmen, im Krankenhaus abzugeben!

Notruf 112

Persönliche medizinische Informationen / personal medical information

Das spart Zeit und kann im Notfall Leben retten! / This saves time and can save lives in an emergency!

Name/name	Hausarzt/family doctor
Vorname/first name	Tel. Arzt/phone doctor
Geburtsdatum/date of birth	Krankenkasse/health insurance
Straße/road	Vers. Nr./ insurance number
PLZ, Ort/postal code, City	Pflegedienst/nursing service
	Tel.Nr/tel.no
Zu benachrichtigende Person (Name, Tel.Nr. / person to notify/tel.no)	
Patientenverfügung/Vollmacht/living wills <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Hinterlegt bei/deposited at:

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten an den Rettungsdienst und das Krankenhaus weitergegeben werden dürfen.

(Bevollmächtigte Person/gesetzlicher Vertreter/agents person/legal guardian)

Name/name	Tel.Nr. /phone
Unterschrift/signature	Datum/date

Grunderkrankungen/ Underlying diseases

Aktuelle Medikamente/routine medicines

morgens/
morning

mittags/
noon

abends/
evening

nachts/
night

Aktuelle Medikamente/routine medicines	morgens/ morning	mittags/ noon	abends/ evening	nachts/ night

Besondere Medikamente

- Marcumar Heparin Cortison Insulin Antibiotikum

Besonderheiten/special

- Herzschrittmacher Verwirrtheit Weglauftendenz

- MRSA Allergien / Unverträglichkeit Organspende ja nein

Hilfsmittel

- Hörgerät/hearing aid Sehhilfe/visual aid Gehhilfe/walking aid
 Zahnprothese/dental prosthesis oben unten

Andere Hilfsmittel/other help

Letzter Krankenhausaufenthalt/last visit in hospital

Name Krankenhaus/name of hospital, Abteilung/department, Ort/place, Datum/date

ausgestellt durch/ _____

issued by: Unterschrift/signature

Datum/date

aktualisiert/updatet: _____

Unterschrift/signature

Datum/date