

ÖSB

Um Jahre voraus.



Notfallsmappe

von

Ein Service des
Österreichischen Seniorenbundes.

www.seniorenbund.at

VORWORT



„Wer klug ist, sorgt vor!“

Diese Notfallmappe bietet Platz für persönliche und medizinische Daten zu Ihrer Person für den Notfall. Sie soll helfen, Ersthelfern wichtige Informationen zu Ihrer Gesundheit und eventuell klare Handlungsweisen zu geben.

Denn in einem Notfall fehlt oft die Zeit und die nötige Ruhe, wichtige Informationen zu finden. Mit dieser Notfallmappe sind diese Infos übersichtlich zusammengestellt und kurzfristig griffbereit.

Bitte nutzen Sie auch den separaten Notfallsausweis für die Geldbörse und das Notfallsmerkblatt zum Aufhängen, am besten in der Nähe des Haus- oder Wohnungseingangs oder Ihres Telefons.

Ich hoffe, dass Ihnen damit im Notfall schneller geholfen werden kann.

Bleiben wir gemeinsam gesund!

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Ingrid Korosec". The signature is fluid and cursive.

Ingrid Korosec
Präsidentin des
Österreichischen Seniorenbundes

1. ALLGEMEINE DATEN

1.1. PERSÖNLICHE DATEN

Nachname:

Vorname:

Versicherungsnummer: Versichert bei:

Geburtsdatum:

Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

.....

Telefon/Handy:

E-Mail:

Zusatzversichert:

1.2. ANGABEN ZUM EHEPARTNER/IN BZW. LEBENSPARTNER/IN

Nachname:

Vorname:

Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

.....

Telefon/Handy:

1.3. NAHESTEHENDE PERSON ODER GESETZLICHE/R VERTRETER/IN

Im Notfall bitte direkt benachrichtigen

Nachname:

Vorname:

Telefon/Handy:

Hat Schlüssel für:

2. GESUNDHEIT & KRANKHEIT

Diese Daten können sich im Laufe der Zeit ändern, daher raten wir Ihnen, eine Kopie der aktuellen Befunde in die Mappe zu legen.

2.1. MEDIZINISCHE DATEN

Blutgruppe:

Chronische Krankheiten:

.....

Diabetes: Ja Nein Typ:

Insulin: Ja Nein Name:

Tabletten: Ja Nein Name:

Allergien:

.....

Anfallsleiden:

.....

Implantate:

.....

Aktuelle Behandlung:

.....

Operationen

Art: Wann:

Art: Wann:

Art: Wann:

Behinderungen/Einschränkungen

.....

.....

2.2. MEDIKAMENTE

Sie können sich von Ihrem Hausarzt eine Medikamentenliste ausdrucken lassen. So ist es sicher, dass Sie die korrekte Einnahme und Bezeichnungen der Medikamente auch aktuell haben.

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	bei Bedarf

2.3. BEHANDELNDE ÄRZTE/INNEN UND PFLEGEDIENST

Hausarzt/Hausärztin

Name:

Telefon:

Anschrift:

Pflegedienst

Name:

Telefon:

Anschrift:

Andere Ärzte/Ärztinnen

Name:

Fachrichtung:

Telefon:

Anschrift:

Andere Ärzte/Ärztinnen

Name:

Fachrichtung:

Telefon:

Anschrift:

Zahnarzt/Zahnärztin

Name:

Telefon:

Anschrift:

3. VOLLMACHTEN & VERFÜGUNGEN

3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Patientenverfügung [muss notariell beglaubigt werden, um rechtswirksam zu sein]

Die Patientenverfügung (PV) ist eine schriftliche Willenserklärung für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit im Krankheitsfall. Sie trifft Vorsorge für eine schwere Erkrankung und ist meistens auf Gesundheitsangelegenheiten beschränkt. Im Ernstfall können Ärzte und Angehörige erfahren, ob man bestimmte Behandlungen wünscht oder ablehnt. Ein Arzt muss vom Grundsatz her immer das Leben verlängern. Wenn Sie jedoch per PV eine andere Priorität setzen, dann muss der Arzt dies berücksichtigen und ist an den erklärten Willen des Patienten gebunden.

Am Ende zählt nur eins – der Patientenwille.

Vorsorgevollmacht [muss notariell beglaubigt werden, um rechtswirksam zu sein]

Mit einer Vorsorgevollmacht können Sie eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, in Ihrem Namen Entscheidungen für Sie zu treffen. In dieser Vollmacht haben Sie die Möglichkeit, genau festzulegen, auf welche Entscheidungen oder Aufgabenbereiche dies zutreffen soll. Sie gibt Ihnen also die Möglichkeit ausführliche Angaben zu den Befähigungen zu machen, oder festzulegen, ob sich die bevollmächtigte/n Person/en um all Ihre Angelegenheiten kümmern soll/en. Gültig wird eine Vorsorgevollmacht erst, wenn Sie selbst nicht mehr in der Lage sind, die benannten Aufgaben zu erledigen. In aller Regel sind diese Ereignisse in der Vollmacht festgelegt, sodass zu erkennen ist, ab wann sie wirksam ist.

Betreuungsvollmacht

Die Betreuungsvollmacht ist eine Willenserklärung, mit der Sie entscheiden können, wie und von wem Sie gepflegt und betreut werden möchten, wenn Sie auf Hilfe angewiesen sind. Damit stellt die Betreuungsvollmacht eine Absicherung für Sie da, falls Sie schwer erkranken und sich nicht mehr selbstständig um Ihre Belange kümmern können – sei es aufgrund einer schicksalhaften Erkrankung, eines Schlaganfalls oder eines schweren Autounfalls.

3.2. PERSÖNLICHE DATEN

Patientenverfügung Ja Nein

Hinterlegt bei:

Vorsorgevollmacht &

Betreuungsvollmacht Ja Nein

Hinterlegt bei:

Organspender Ja Nein

[Kopie des Ausweises beilegen]

Sonstige Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Für den Notfall (Bitte neben das Telefon legen)

Polizei: 133

Rettung: 144

Feuerwehr: 122

Telefonseelsorge: 142

Vergiftungszentrale: 01/406 43 43

Nachname:

Vorname:

Vers.Nr./Geb.Datum: Versichert bei:

Wohnort: [Straße, Hausnummer, PLZ, Ort]:

Telefon/Handy:

Zusatzversichert:

Hausarzt/Hausärztin

Name: Telefon:

Kontaktperson (im Notfall zu benachrichtigen):

Name: Telefon:

Hat Schlüssel für:

 Zur Aufbewahrung in der Geldbörse bitte hier abtrennen



Für den Notfall (Zur Aufbewahrung in der Geldbörse)

Polizei: 133

Rettung: 144

Feuerwehr: 122

Telefonseelsorge: 142

Vergiftungszentrale: 01/406 43 43

Nachname:

Vorname:

Vers.Nr./Geb.Datum:

Versichert bei:

Wohnort: [Straße, Hausnummer, PLZ, Ort]:

Telefon/Handy:

Zusatzversichert:

Hausarzt/Hausärztin

Name: Telefon:

Kontaktperson (im Notfall zu benachrichtigen):

Name: Telefon:

Hat Schlüssel für:

