IHR PERSÖNLICHER NOTFALLPLAN

Persönliche Daten des Nutzers

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Vorname* _____ Nachname* _____

Geburtsdatum* _____ Telefon-/Mobilfunknummer* _____

Straße, Hausnummer* _____ PLZ, Ort* _____

Adresszusatz (z. B. Etage, Nebengebäude, Eingang an der Hausrückseite) _____

MEDIZINISCHE DATEN*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an

- ☐ Herzerkrankungen (z.B. KHK Coronare Herzkrankheit, Herzinfarkt)
- ☐ Lungen-/Atemwegserkrankungen (z.B. COPD, Asthma)
- ☐ Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Alzheimer, Demenz)
- ☐ Blutdruckprobleme (z.B. Bluthochdruck, Hypotonie)
- ☐ Diabetes
- ☐ Sonstiges _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie schon einmal einen Schlaganfall erlitten? ☐ Ja ☐ Nein

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Ich nehme regelmäßig:

- ☐ Insulin
- ☐ Blutverdünnende Medikamente
- ☐ Blutdruck-Medikamente
- ☐ Neuroleptika (z. B. Epilepsie-Medikamente)
- ☐ Weiteres _____

IHR HAUSARZT

Name Arzt/Praxis _____ Telefonnummer _____

*Pflichtfeld

IHR PERSÖNLICHER NOTFALLPLAN

Notfall-Kontakte (Bezugspersonen)

1. BEZUGSPERSON*

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

2. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

3. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

4. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

INFO

Bitte kontrollieren Sie den von Ihnen ausgefüllten, persönlichen **Notfallplan auf Vollständigkeit** der angegebenen Kontaktpersonen. **Sie müssen mindestens eine Kontaktperson** angeben, die in einer **Anfahrtszeit von unter 30 Minuten** von Ihnen entfernt wohnt. Bei dieser Kontaktperson müssen Sie außerdem einen Schlüssel hinterlegen. Möchten Sie keinen Schlüssel hinterlegen, empfehlen wir einen Schlüsseltresor.

Teilen Sie unserem Service-Team bitte schriftlich – per E-Mail oder per Post – alle zukünftigen, wesentlichen Änderungen in Ihrem Notfallplan mit. Eine Vorlage zum Notfallplan erhalten Sie auf telefonische Anfrage per Post oder online unter www.libify.com/service/downloads/

So können Sie uns Ihren Notfallplan zukommen lassen:
E-Mail: info@libify.com **Post:** Libify Technologies GmbH, Postfach 1105, 01871 Bischofswerda
Bei Fragen zu den Dokumenten zögern Sie nicht, uns anzurufen: Tel: 089 - 21 768 509 (Mo. - Fr. 9:00 - 17:00 Uhr).

*Pflichtfeld