

# 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): \_\_\_\_\_

**i 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. Mit einem Schlüsseltresor können Sie sowohl Ihren ausgewählten Kontaktpersonen als auch dem Rettungsdienst den Zutritt zu Ihrem zu Hause erleichtern.

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/](http://www.libify.com/service/downloads/)

**So können Sie uns Ihren Notfallplan zukommen lassen:**

**E-Mail:** [service@libify.com](mailto:service@libify.com)      **Post:** Libify Technologies GmbH, Postfach 1105, 01871 Bischofswerda

Bei Fragen zu den Dokumenten zögern Sie nicht, uns anzurufen: Tel: 089 416 147 980 (Mo. - Fr. 9:00 - 17:00 Uhr).

\*Pflichtfeld