seguna HOME

MEDI-MARKT
gut beraten – besser leben

Ihr individueller Notfallplan

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**

☐ **Hörschwäche** ☐ **Sehschwäche**

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

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE?

Hinweis: Falls Ihnen ein Medikamentenplan Ihres Arztes vorliegt, legen Sie uns diesen gerne bei

Ich nehme regelmäßig:

☐ **Insulin**

☐ **Blutverdünnende Medikamente**

☐ **Blutdruckmedikamente**

☐ **Neuroleptika** (z. B. Epilepsie-Medikamente)

IHR HAUSARZT

_____ _____

Name Arzt/ Praxis Telefonnummer

Um in einem Notfall Ihnen schnell die passende Hilfe zukommen zu lassen, senden Sie uns gerne **einen gut leserlich gedruckten Medikamentenplan und Diagnoseplan von Ihrem Arzt.**

seguna HOME

MEDI-MARKT
gut beraten – besser leben

Ihr individueller Notfallplan

Wichtiger Hinweis: Die Telefonnummer der Bezugsperson darf nicht Ihre eigene Nummer sein. Andernfalls kann die Notrufzentrale die Nummer der Bezugsperson nicht korrekt zuordnen oder erkennen.

1. BEZUGSPERSON



_____
Name, Vorname

_____
Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

_____

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung? _____

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten): ___

2. BEZUGSPERSON



_____
Name, Vorname

_____
Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

_____

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung? _____

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten): ___

Hinweis: Sollten Sie mehr als zwei Bezugspersonen haben, geben Sie die Kontaktdaten bitte auf der Rückseite an.

INFO

Sie sollten eine ausreichende Anzahl an Kontaktpersonen mit adäquater Anfahrtszeit hinterlegen. Liegt die **Anfahrtszeit keiner Ihrer Kontaktpersonen unter 30 Minuten**, empfehlen wir einen **Schlüsseltresor**, um Ihre Sicherheit zu gewährleisten.

Senden Sie uns den **ausgefüllten Notfallplan** einfach gemeinsam mit dem Antrag auf Kostenübernahme und dem Bestellformular **mit dem beigelegten Rückumschlag** zurück.

Bei Fragen zögern Sie nicht, uns anzurufen:
Tel: 0621 300 110 06
E-Mail: segunahome@medi-markt.de