



# Persönliche Informationen für den Notfall

Name
------

Landratsamt Augsburg  
Soziales Betreuungswesen und Seniorenfragen  
Prinzregentenplatz 4  
86150 Augsburg

## Wichtige Rufnummern:

Rettungsdienst / Feuerwehr		112
Polizei		110
Ärztlicher Bereitschaftsdienst		116 117
Giftnotrufzentrale		089 19240
Apotheken- Notdienstfinder	vom Festnetz	0800 00 22833
	vom Handy	22833
Hausarzt		

## **Fax-Notruf für hör- und sprachbehinderte Menschen\*:**

Fax-Notruf ärztlicher Bereitschaftsdienst*	0800 5191212
Fax-Notruf bei Notfällen und bei Lebensgefahr* (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst)	112

## **Weitere wichtige Telefonnummern:**

EC-Kartensperrung	116 116
Stromversorgung	
Gasversorgung	
Wasserversorgung	

\* Die jeweiligen Fax-Vordrucke erhalten Sie bei uns im Landratsamt Augsburg.  
Bitte besorgen Sie sich diese vorab und tragen Sie Ihre Adresdaten gleich ein.  
Behindertenbeauftragte@LRA-a.bayern.de / Fax: 0821 31021491

## Zur Aufbewahrung in der Geldbörse / bei den Ausweispapieren: Bitte ausschneiden

<p><b>Informationen über Krankheiten / Medikamente</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Allergien gegen _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Ich nehme blutgerinnungshemmende Medikamente</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>Ich habe</p> <p><input type="checkbox"/> eine Vorsorgevollmacht</p> <p><input type="checkbox"/> eine Patientenverfügung</p> <p><input type="checkbox"/> einen Organspendeausweis</p>	<p><b>Im Notfall benachrichtigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Telefon _____</p> <p><b>Hausarzt</b></p> <p>Name _____</p> <p>Telefon _____</p>
Bitte hier knicken	

<p><b>Informationen über Krankheiten / Medikamente</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Allergien gegen _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Ich nehme blutgerinnungshemmende Medikamente</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>Ich habe</p> <p><input type="checkbox"/> eine Vorsorgevollmacht</p> <p><input type="checkbox"/> eine Patientenverfügung</p> <p><input type="checkbox"/> einen Organspendeausweis</p>	<p><b>Im Notfall benachrichtigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Telefon _____</p> <p><b>Hausarzt</b></p> <p>Name _____</p> <p>Telefon _____</p>
Bitte hier knicken	

**Vorsorgevollmacht:**

Ich habe eine Vorsorgevollmacht erteilt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Vorsorgevollmacht befindet sich		

**Betreuungsverfügung:**

Ich habe eine Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Betreuungsverfügung befindet sich		

**Patientenverfügung:**

Ich habe eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Patientenverfügung befindet sich		

**Organspendeausweis:**

Ich habe einen Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Der Organspendeausweis befindet sich		

**Im Todesfall: Mein Testament ist hinterlegt bei**

Name	
Anschrift	

**Weitere wichtige Informationen:**

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Daten:**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	
Telefon	Handy

Name / Vorname des Ehegatten	
Telefon	Handy

**Im Notfall zu benachrichtigen:**

Name	Vorname
Anschrift	
Telefon	Handy
E-Mail	Fax

Name	Vorname
Anschrift	
Telefon	Handy
E-Mail	Fax

**Im Notfall beachten:**

---

---

---

---

---

---

**Mein Hausarzt:**

Name
Telefon
Anschrift

**Weitere Ärzte, bei denen ich in regelmäßiger Behandlung bin:**

Name	Fachrichtung
Telefon	
Anschrift	

Name	Fachrichtung
Telefon	
Anschrift	

**Ich nehme folgende Medikamente ein:**

Name des Medikaments	Einnahmezeit			
	morgens	mittags	abends	

**Ich nehme blutgerinnungshemmende Medikamente ein:  
(z. B. Marcumar etc.)**

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche:
---	-------------------

**Weitere medizinische Daten:**

<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergiepass befindet sich		
Allergie gegen		

<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Insulin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tabletten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich		

<b>Schwerbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grad der Behinderung		Merkzeichen

**Weitere wichtige Informationen zu Erkrankungen:**


---



---



---



---



---

**Krankenversicherungen:****Gesetzliche Krankenkasse**

Name der Krankenkasse	
Nr. der Versichertenkarte	
Versichertenkarte befindet sich	

**Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung**

Name der Krankenkasse	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	