

Info-/Notfall-Bogen

Vorname und Name des Teilnehmers		Geburts-Datum
Adresse		
Telefon	Mobil-Telefon	E-Mail
Kranken-Kasse	Pflege-Grad	Versicherungs-Nummer
Art der Behinderung		Schwer-Behinderten-Ausweis: ____% Merk-Zeichen:
Sonstige Erkrankungen		
Gesetzliche Betreuung mit Adresse		Telefon
Hausarzt mit Adresse		Telefon

Medikamente:

- Ich brauche keine Medikamente
- Ich möchte, dass die Mitarbeiter der Lebenshilfe verantwortlich für meine Medikamente sind und willige ein, dass
- > nach einer aktuellen ärztlichen Verordnung Medikamente gegeben werden
 - > Medikamente vorgerichtet sind
- Ich nehme folgende Medikamente selbstständig ein:

Medikament:	Anwendung:	Einnahme:

Anfälle:

- Ich bekomme Anfälle bin seit ____ Jahren anfallfrei
- Häufigkeit der Anfälle _____
- Mein Notfall-Medikament heißt: _____

Behandlungs-Pflege:

- Blut-Zucker messen Insulin nach ärztl. Plan spritzen _____

