AWO Pflege gGmbH

**Arbeiterwohlfahrt**
**Kreisverband Dachau e.V.**

Rudolf-Diesel-Straße 1
**85221 Dachau**
**Tel. 081 31 / 6 12 17 - 0**
**Fax 081 31 / 6 12 17 - 17**

**Name** _____

# Notfallmappe Inhalt

**Daheim – nicht allein – Wir geben Ihnen Sicherheit**

- **Kopie Aufnahmebogen**
- **Pflegeverlegungsbericht**

## Im Notfall ist zu verständigen:

| | |
|---|---|
| **Name** | **Telefon-Nr.** |
| **Straße, Hausnummer** | **PLZ, Wohnort** |
| **Name** | **Telefon-Nr.** |
| **Straße, Hausnummer** | **PLZ, Wohnort** |

## Weitere Informationen

| Unterlagen | vorhanden | | Hinterlegt / zu finden |
|---|---|---|---|
| Krankenkassen-Chipkarte | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| 10 Euro für Notfalleinsatz | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| Betreuungsverfügung | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| Patientenvollmacht | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| Organspenderausweis | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| Testament | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| Kontenübersicht | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| Arzt- bzw. Entlassungsbriefe | ☐ Ja | ☐ Nein | |

**Sonstiges** _____

## Klinik- und Rehaaufenthalte

| Klinik | von wann bis wann | Hauptdiagnose |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |