

# **Notfallmappe für Demenzpatienten**

## für die Einweisung in ein Krankenhaus

## Allgemeine Daten

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versichertennummer \_\_\_\_\_

## Im Notfall zu benachrichtigen

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse/ Tel.: \_\_\_\_\_  
Beziehung zur/zum  
Erkrankten: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte/-r                       rechtliche/r Betreuer/-in

## Weitere Ansprechpartner/-in

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse/Tel.: \_\_\_\_\_  
Beziehung zur/ zum  
Erkrankten: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte/-r                       rechtliche/-r Betreuer/-in

## Inhaltsverzeichnis Notfallmappe

1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern

2. Meine Medikamentenliste

*Ausdruck Ihrer Fach- und Hausarztpraxis oder Ihrer Apotheke*

3. Krankheiten/ Diagnosen

*Ausdruck Ihrer Fach- und Hausarztpraxis oder Ihrer Apotheke*

4. Vorsorgedokumente

*Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung*

5. Informationsbogen für Patientinnen und Patienten mit einer Demenz bei der Aufnahme in ein Krankenhaus

6. Weitere Dokumente:

---

---

---

---

---

## 1. Persönliche Daten und Ansprechpartner (Arzt, Pflegedienst, ...)

**Familienstand:**         ledig     Verheiratet     verwitwet  
**Wohnsituation:**     alleinlebend         nicht alleinlebend  
**Pflegegrad:**         1     2     3     4     5  
**Vorsorgevollmacht:**  ja         nein        *(siehe Kopie im Anhang)*  
**Patientenverfügung:**  ja         nein        *(siehe Kopie im Anhang)*

### Hausärztin/ Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

### Neurologe/Psychiater

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

### Pflegedienst/ ambulante Betreuung

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

### Weitere Ansprechpartner

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

## 2. Meine Medikamentenliste

*Aktuelle Kopie vom Hausarzt/ Facharzt/ Apotheker*

Aktueller Stand:	Geändert am:
	Geändert am:
	Geändert am:
	Geändert am:

### **3. Krankheiten/ Diagnosen**

*Ausdruck der Hausarztpraxis und, wenn vorhanden, letzte  
Krankenhausberichte*

## 4. Vorsorgedokumente

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung

*Bitte beachten: Aus rechtlichen Gründen ist es wichtig, dem Krankenhaus das Original als Abgleich zur Kopie vorzuzeigen! Halten Sie daher bei der Aufnahme am besten das Original sowie eine Kopie bereit.*

## 5. Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei der Aufnahme in ein Krankenhaus

*Pflegeverlegungsbericht Demenz*

Aktueller Stand:	Geändert am:
	Geändert am:
	Geändert am:
	Geändert am:

## 6. Weitere Dokumente

---

---

---

---

---