



**Seniorenvertretung
der Gemeinde
Rosdorf**



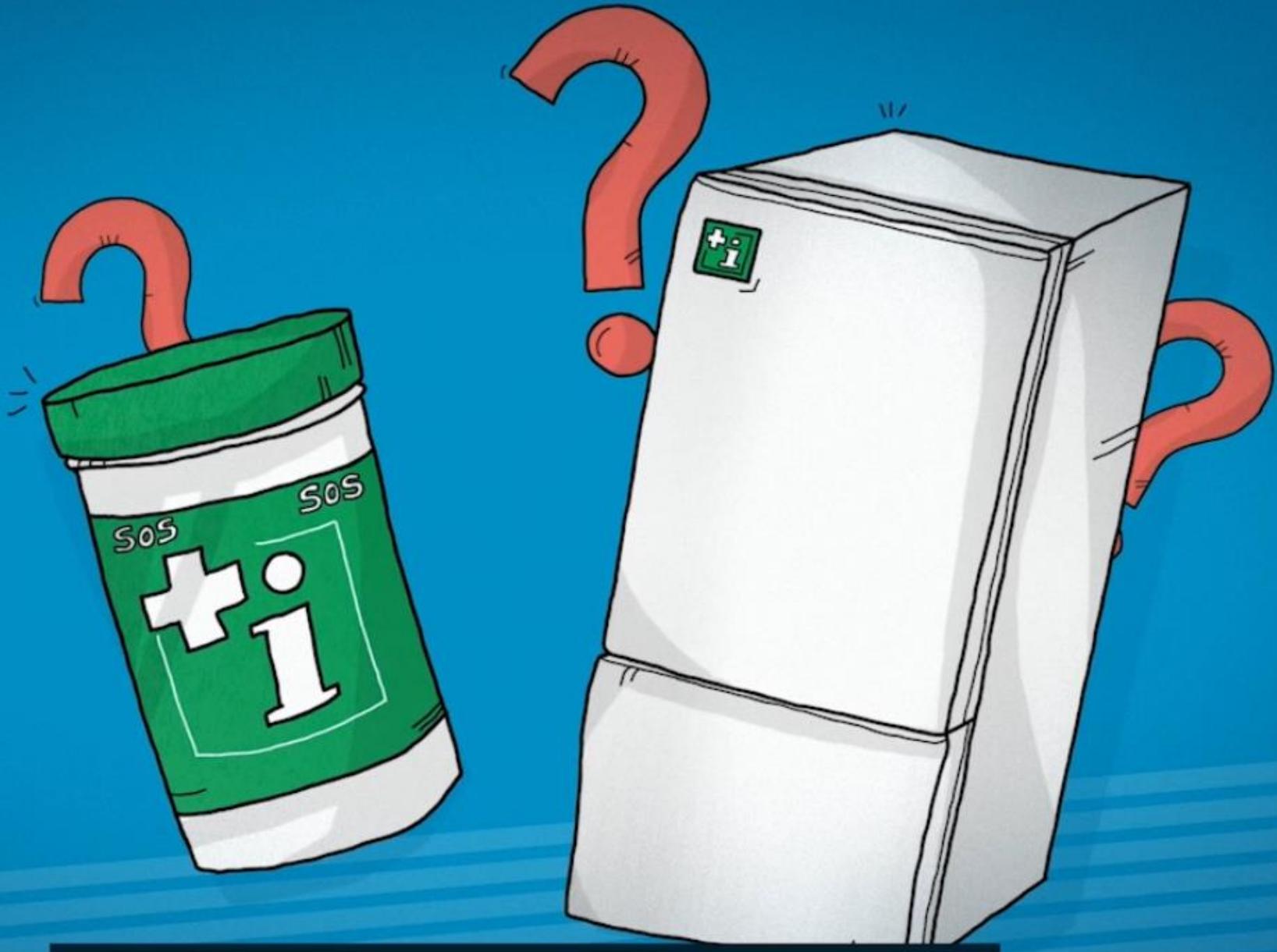
Die Dose im Kühlschrank, die Leben retten kann!

**Einige Bilder dieser Präsentation sind einem Video, erstellt vom Landkreis Mittelsachsen,
entnommen!**

[https://www.landkreis-mittelsachsen.de/
fileadmin/Redakteure/Amt/Neuigkeiten/Mediathek/Sequenz_01_1_1.mp4](https://www.landkreis-mittelsachsen.de/fileadmin/Redakteure/Amt/Neuigkeiten/Mediathek/Sequenz_01_1_1.mp4)



Wie eine kleine Dose Leben retten kann ...



... und was dein Kühlschrank damit zu tun hat.



Verschiedene Notfalldosen
Fotomontage

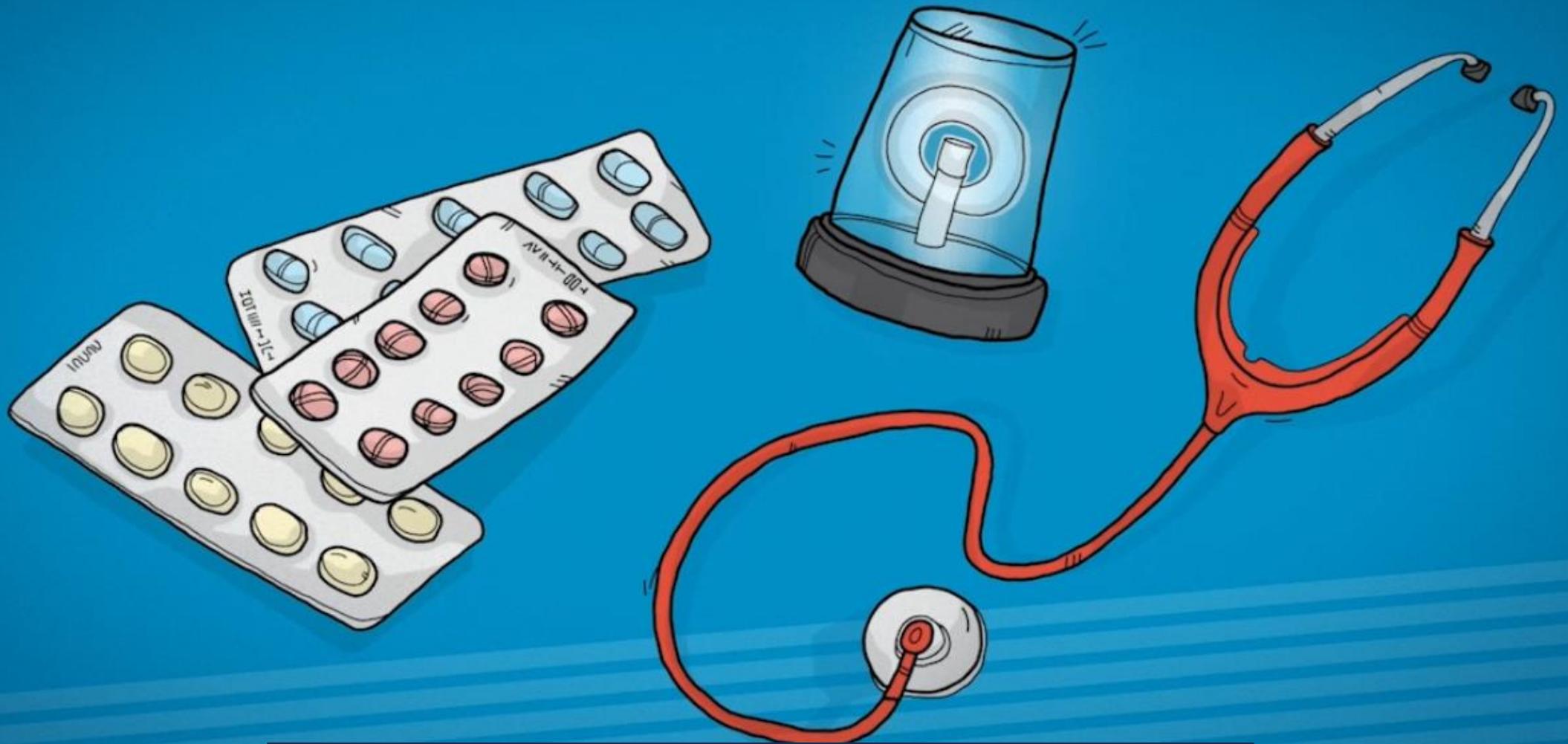


unterschiedliche Dosen
gleiche Idee!





Ein Notfall – ein Rettungssanitäter wurde gerufen, jetzt benötigt er Informationen!



Vorerkrankungen? Hilfsmittel? Haustiere?



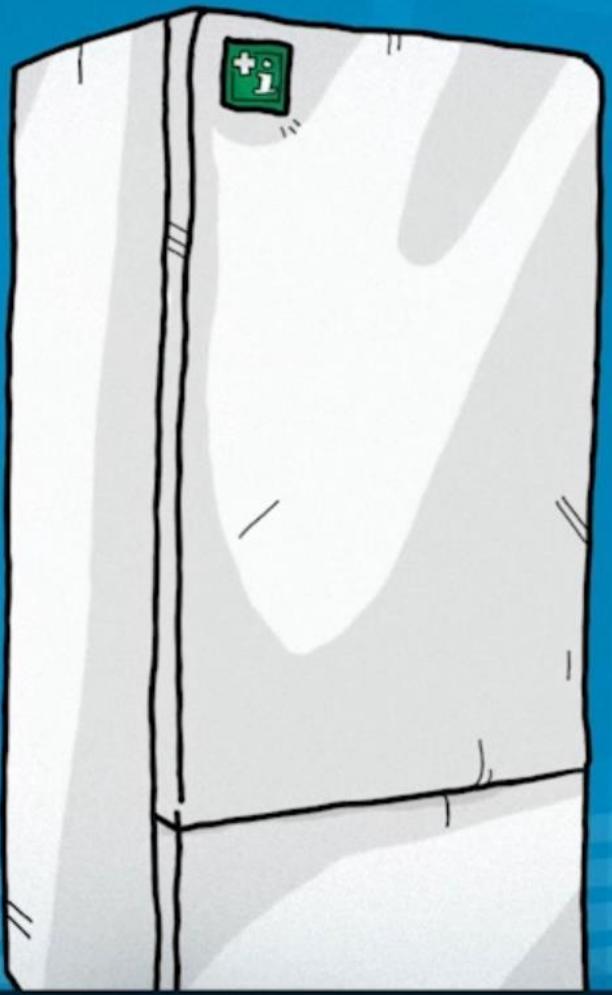
Panik! Angst! Black-out!



Hier bekommen wir oft gar keine Informationen.



Und genau an dieser Stelle
kommt die kleine Dose



- die Notfalldose - ins Spiel.





Warum der Kühlschrank?



Mein Notfall-Infoblatt (bitte alle Angaben)

Vorname	Nachname
Nachname	Muttervatersname
Geb. am	Religion
Strasse	Krankenkasse
PLZ/Ort	Vers.-Nr.
Beschreiben Sie jede Allergie oder Unverträglichkeit (auch Medikamente unter der Sie leben)	
Beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Antikoagulation (Blutgerinnung)	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Hippus-Operation/-en	<input type="checkbox"/> nein
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ja
Asthma, Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein
Arzneimittel / Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja, Typ?
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> ja, seit
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Impfungen (Präparat / Datum)	





Korridortür



Kühlschranktür



Kühlschrank



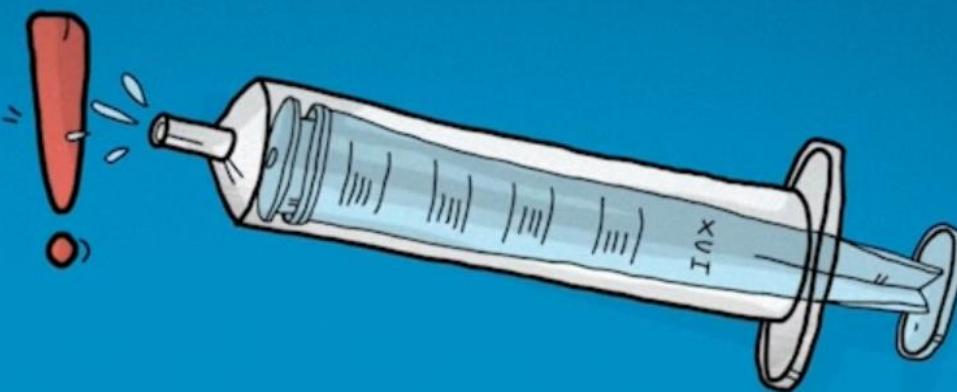
Mein Notfall-Infoblatt (bitte alle Angaben)

Vorname	Nachname
Nachname	Muttervatersname
Geb. am	Religion
Strasse	Krankenkasse
PLZ/Ort	Vers.-Nr.
Beschreiben Sie jede Allergie oder Unverträglichkeit (auch Medikamente unter der Sie leben)	
Beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Antikoagulation (Blutgerinnung)	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Hypnose-Operationen	<input type="checkbox"/> nein
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ja
Asthma, Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein
Arthritis / Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja, Typ?
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> ja, seit
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Impfungen (Präparat / Datum)	



Alle Fakten und Informationen für den Rettungsdienst werden hier notiert!





Persönliche Daten und wichtige Informationen:

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Nationalität:
Name:		Muttersprache:
Vorname:		Religion:
Geb. am:		Krankenkasse:
Straße/Nr.:		Vers.-Nr.:
PLZ/Ort		Blutgruppe:

Allergien und Unverträglichkeiten von Medikamenten und Lebensmitteln:

Hausärztin/-arzt:	Pflege Privat / Pflegedienst:
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Tel. Arbeit:
Fax:	Tel. Privat:
	Tel. Mobil:

Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus:

--

Wo haben Sie Ihre/n (Raum/Ort)	Nehmen Sie Medikamente:	
Medikamente:	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsie
Notfallkoffer:	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> Herz
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Blutdruck
Organspendeausweis:	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Parkinson
Impfpass:	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Erkrankungen/ Therapien die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben könnten?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzinfarkt	Ja! Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzschrittmacher	Ja! Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bypass Operation	Ja! Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Werte:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Werte:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schneller Puls (Tachykardie)	Werte:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Langsamer Puls (Bradykardie)	Werte:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	Typo?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schlaganfall	Ja! Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankung / Dialyse	Ja! Seit:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anfallsleiden / Epilepsie	Welches?

Wer einen Computer oder ein Tablet besitzt, kann diese Formulare auch direkt am PC oder auf dem Tablet ausfüllen und dann ausdrucken!

<https://www.wilfriedleske.de/wl?task=download.send&id=1&catid=2&m=0>

https://www.rotkreuzdose.de/fileadmin/user_upload/Downloads_Projektpartner/alt/datenblatt_formular.pdf

Selbstverständlich geht es auch mit dem Kuli!

**Falls Sie noch Fragen haben, kontaktieren Sie uns
gerne unter
Frank Obermeier, ☎ 0551-7079632
oder
✉ info@seniorenvertretung-rosdorf.de**

**Kostenlos erhalten Sie die Notfall-Dose
im Bürgerbüro der Gemeinde Rosdorf!**