

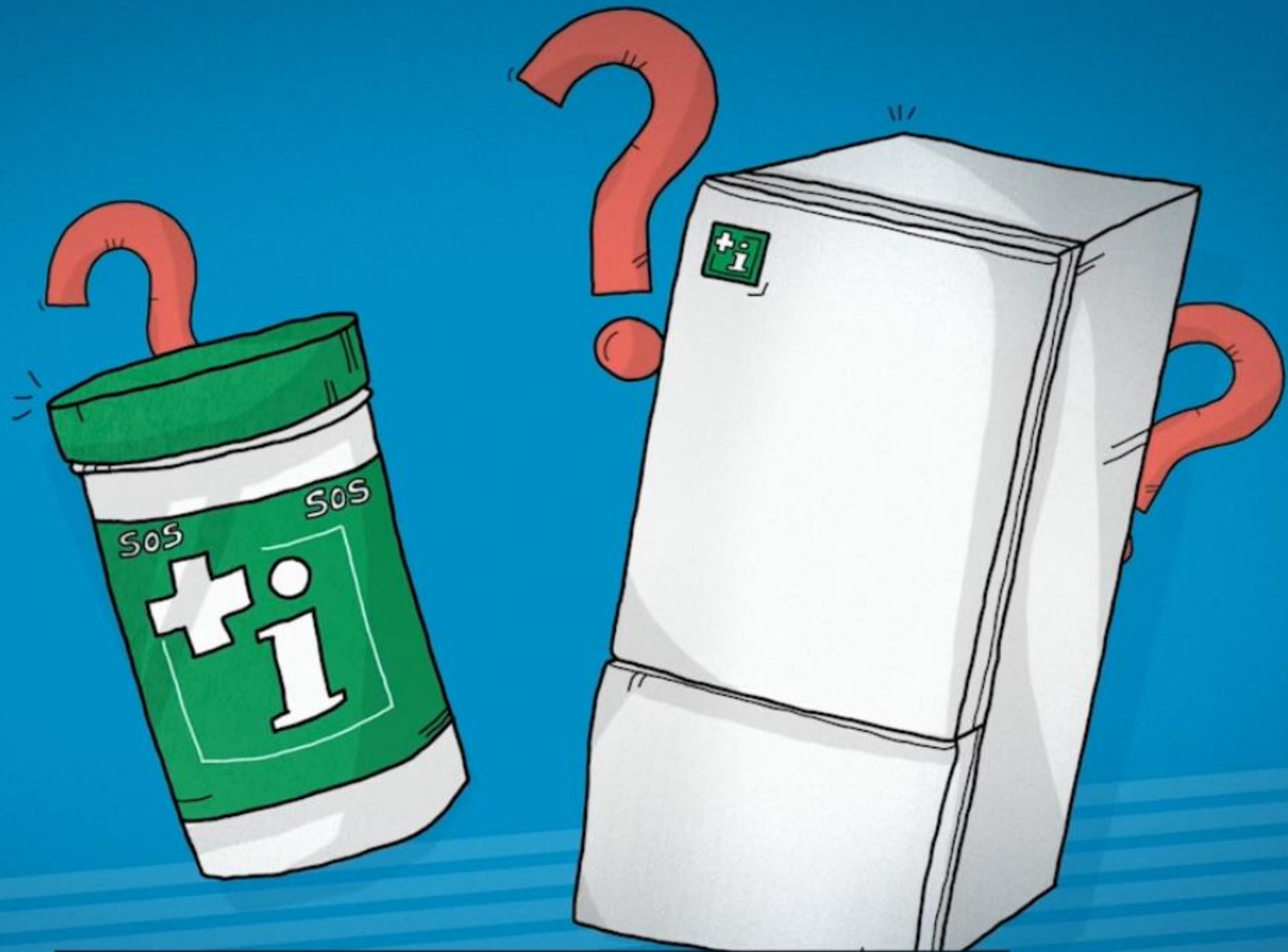
Die Dose im Kühlschrank, die Leben retten kann!

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 Notfall Dosen
Fotomontage

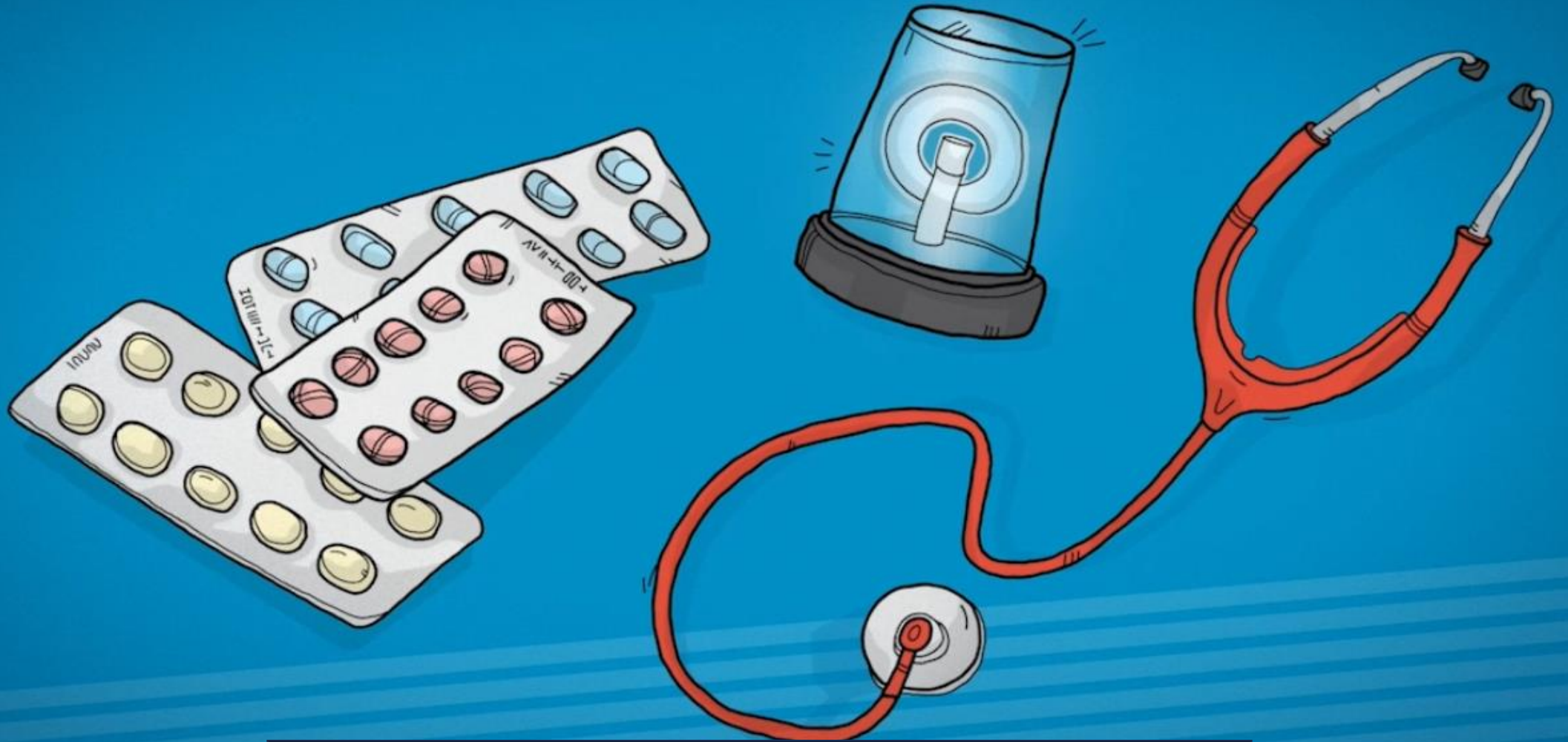


unterschiedliche Dosen
gleiche Idee!





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



Vorerkrankungen? Hilfsmittel? Haustiere?



Panik! Angst! Black-out!





Und genau an dieser Stelle
kommt die kleine Dose



- die Notfalldose - ins Spiel.



Warum der Kühlschrank?



Mein Notfall-Infoblatt (freiwillige Angaben)

Name	Nachname
Vorname	Muttersprache
Geb.-ort	Religion
Strasse	Krankenkasse
	Vers.-Nr.
PLZ/Ort	Blutgruppe

Beschreiben Sie jede Allergie oder Unverträglichkeit (auch Nahrungsmittel) unter der Tit. herein

Beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien, die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können

Krankheit / Therapie	nein	ja, wann?
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterien- / Venen- (Blut-)erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impfungen:
(Präparat / Datum)





Korridortür



Kühlschranktür



Kühlschrank



Mein Notfall-Infoblatt (freiwillige Angaben)

Name	Nachname
Vorname	Muttersprache
Geb.-ort	Religion
Strasse	Krankenkasse
	Vers.-Nr.
PLZ/Ort	Blutgruppe

Beschreiben Sie jede Allergie oder Unverträglichkeit (auch Nahrungsmittel) unter der Tit. herein

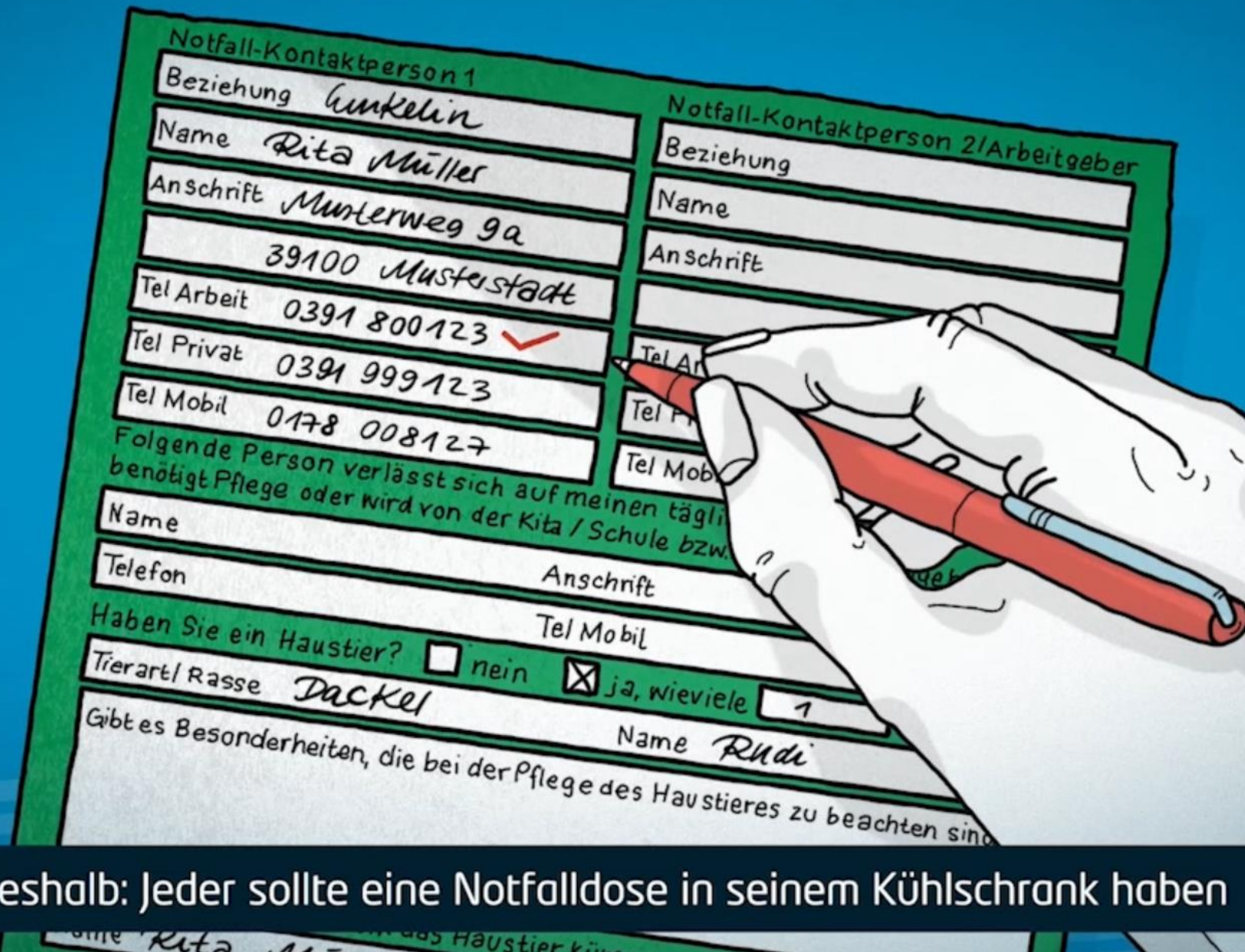
Beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien, die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können

Krankheit / Therapie	nein	ja, wann?
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterienverengung (Blutverengung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impfungen:
(Präparat / Datum)



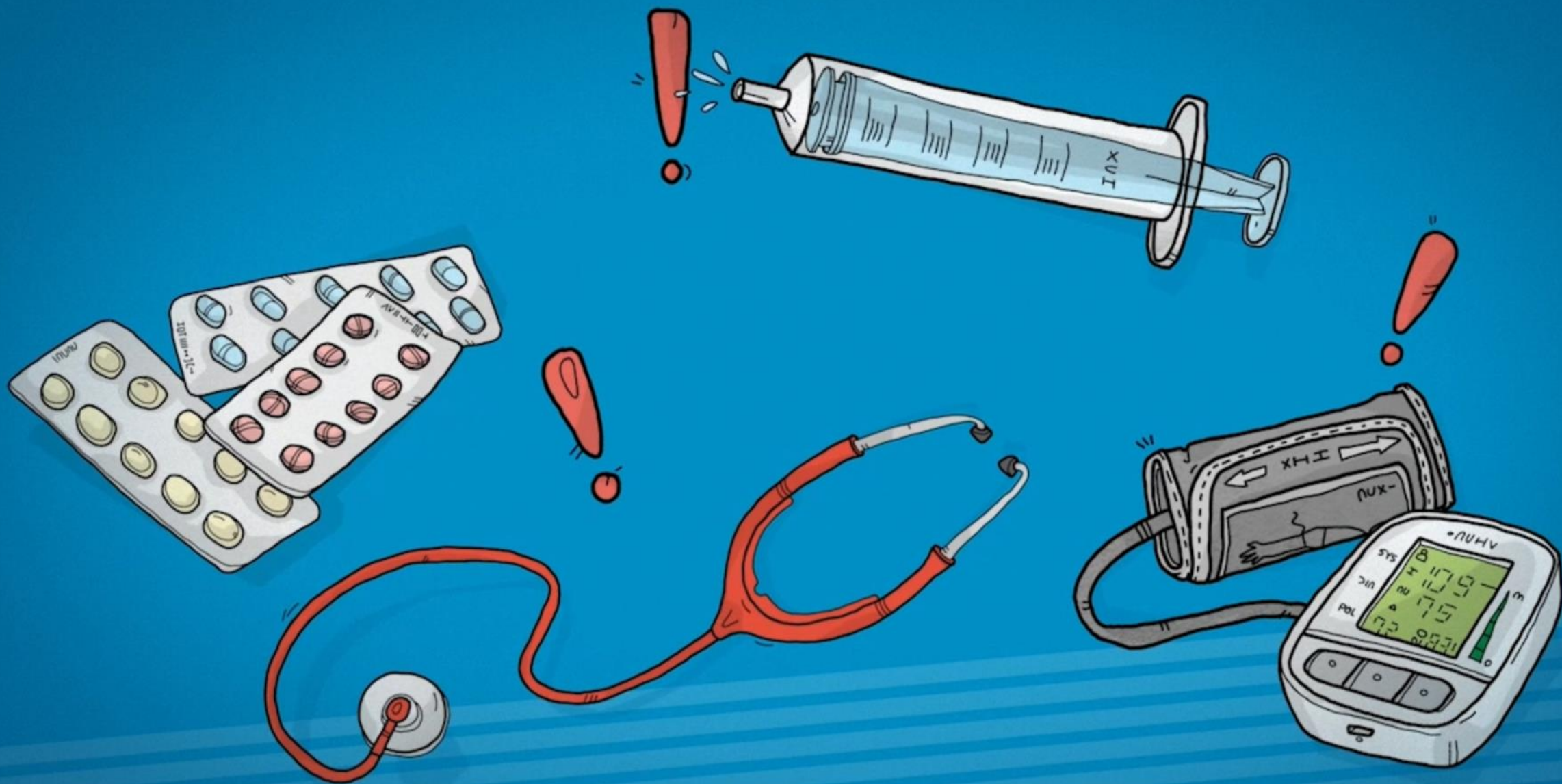
Alle Fakten und Informationen für den Rettungsdienst werden hier notiert!



The image shows a hand holding a red pen, filling out a green emergency contact form. The form is titled 'Notfall-Kontaktperson 1' and 'Notfall-Kontaktperson 2/Arbeitgeber'. The hand is writing 'Rita Müller' in the 'Name' field for Kontaktperson 1. The form includes fields for 'Beziehung', 'Anschrift', 'Tel Arbeit', 'Tel Privat', 'Tel Mobil', and 'Folgende Person verlässt sich auf meinen täglichen benötigt Pflege oder wird von der Kita / Schule bzw. ...'. The hand is also writing 'Dackel' in the 'Tierart/Rasse' field and 'Rudi' in the 'Name' field for the pet. The form is set against a blue background.

Notfall-Kontaktperson 1		Notfall-Kontaktperson 2/Arbeitgeber	
Beziehung	Gurkin	Beziehung	
Name	Rita Müller	Name	
Anschrift	Munterweg 9a	Anschrift	
	39100 Musterstadt		
Tel Arbeit	0391 800123 ✓	Tel Ar	
Tel Privat	0391 999123	Tel P	
Tel Mobil	0178 008127	Tel Mob	
Folgende Person verlässt sich auf meinen täglichen benötigt Pflege oder wird von der Kita / Schule bzw. ...			
Name		Anschrift	
Telefon		Tel Mobil	
Haben Sie ein Haustier? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, wieviele <input type="text" value="1"/>			
Tierart/Rasse	Dackel	Name	Rudi
Gibt es Besonderheiten, die bei der Pflege des Haustieres zu beachten sind			

Deshalb: Jeder sollte eine Notfalldose in seinem Kühlschrank haben



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!**