

## Notfallplan

Stationsnr.: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Stand: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ KV: \_\_\_\_\_

Indikation: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Bezugsperson 1: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bezugsperson 2: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bezugsperson 3: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Sozialstation: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Programm der TN-Station: \_\_\_\_\_ Datum der Installation: \_\_\_\_\_

Sicherheitsuhr nach Stunden: \_\_\_\_\_ Anzahl der Wahlversuche: \_\_\_\_\_

Die An- und Abmeldung erfolgt **mit/ohne** Signal (Nichtzutreffendes streichen).

Wohnungsschlüssel  vorhanden  nicht vorhanden  bei Bezugsperson

Schlüssel-Nr.: \_\_\_\_\_ RV/KV \_\_\_\_\_ Bezugsperson Nr. \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_