



LEBENDIGE
STADT
IM GRÜNEN

SYKE

Notfallkarte
für alle Generationen

Wichtige Rufnummern

Telefon

Polizei	110
Polizeistation Syke	0 42 42 - 969-0
Feuerwehr/Rettungsdienst/Notarzt	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst/ Notrufzentrale Leeste	04 21 - 800 60 60
Bundesweit	116 117
Zahnärztlicher Notdienst (Fr. 13:00-Mo 8:00 Uhr)	0 42 41 - 72 06
Giftnotruf	05 51 - 1 92 40
Kartensperre EC und Kredit	116 116
Stadtverwaltung	0 42 42 - 164-0
Seniorenservicebüro	0 42 42 - 164-250

weitere Rufnummern

Sozialpsychiatrischer Dienst	
Gesundheitsamt	0 42 42 - 976 - 46 36
Seniorenbeirat - Kontakt über Stadt Syke	0 42 42 - 164-325
Behindertenbeirat über Stadt Syke	0 42 42 - 164-0
Schuldnerberatung	
Diakonisches Werk	0 42 42 - 16 87-0
Kinder- und Jugendtelefon	08 00 - 1 11 03 33
Elterntelefon	08 00 - 1 11 05 50
Suchtberatung Release	0 42 42 - 6 04 33
Beratung g. Alkoholmißbrauch	0 42 42 - 8 06 94
Beratungsstelle für Frauen	0 42 42 - 6 66 00
Freiwilligenagentur Syke	0 42 42 - 164-250

Persönliche Daten

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____

ICE-im Notfall benachrichtigen
Telefon: _____

Name _____

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen!

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in

Name _____

Telefon _____

Gesundheitsdaten

Hausarzt _____

Telefon _____

Krankenversichertennummer _____

Pflegeversicherung
Versichertennummer _____

Grunderkrankungen

Medikamente

morgens abends
mittags nachts

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Medikamente

Marcumar Heparin Cortison Insulin
 MRSA

Besonderheiten

Herzschrittmacher Verwirrtheit
 Hinlauftendenz
Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Hilfsmittel

Hörgerät Sehhilfe Gehhilfe
Zahnprothese oben unten

Andere Hilfsmittel

Blutgruppe

Letzter Krankenhausaufenthalt Datum: _____

Name des Krankenhauses _____

Abteilung, Ort _____

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen!