

# Meine persönliche Versorgungskarte

## Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Bitte benachrichtigen Sie im Notfall

Name \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

## Ich habe eine Betreuerin/einen Betreuer

Name \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

## Ich habe eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Ja  Nein

Sie ist hinterlegt bei (Name, Telefon) \_\_\_\_\_

## Hausarzt/-ärztin

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

### An diese Praxis kann ich mich wenden, wenn meine dauerhaft geschlossen ist

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

### Dieses Gesundheitsamt ist für mich zuständig

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

**Telefonnummer Patiententelefon: 116 117**

**Notruf: 112**

### Meine Versorgung vor Ort

Supermarkt \_\_\_\_\_

Drogerie \_\_\_\_\_

Apotheke \_\_\_\_\_

Post \_\_\_\_\_

### Meine Nachbarschafts-/Einkaufshilfe vor Ort

Name \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

### Mein Kontakt zum SoVD

Name \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

**Darüber hinaus ist der SoVD über die zentrale Nummer 0511 65610720 erreichbar.**