**Notfall-Pass**

**Ich bin taub/hörbehindert**

Hörbehinderung bedeutet, dass die Person schwerhörig oder taub ist und abhängig vom Hörverlust und Ausprägung kommuniziert sie lautsprachlich und/oder in Gebärdensprache.

****

Der/die Patient\*in hat bei Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten das Recht, in Deutscher Gebärdensprache oder über andere Kommunikationshilfen zu kommunizieren.

**1. Meine Daten**

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Mobilnummer:

☐ Telefon ☐ Bitte nur SMS!

**2. Bitte diese Person im Notfall benachrichtigen**

☐ Familienmitglied ☐ hörend ☐ gehörlos/hörgeschädigt

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

☐ Telefon ☐ Bitte nur SMS!

☐ ja, diese Person kann die Kommunikation mit mir sicherstellen

****☐ nein, deshalb bitte auch die Person im Punkt 3 anrufen

**3. Person, die die Kommunikation mit mir sicherstellen kann**

☐ Gebärdensprachdolmetscher/in ☐ andere

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

**4. Hausarzt/Krankenkasse**

Name des Hausarztes:

Telefonnummer der Praxis:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

**5. Wichtiger Hinweis**

☐ Cochlea-Implantat-Träger ☐ Herzschrittmacher

****Andere Erkrankungen: