

# Notfall-Pass für Taubblinde



---

**Ich bin taub und blind. Für die Begleitung, Versorgung und zur Kommunikation, benötige ich aus medizinischer Sicht die Unterstützung einer Taubblindenassistentin und/oder eine/n Gebärdensprachdolmetscher/in. Zur Kommunikation verwende ich die Gebärdensprache oder andere taubblindenspezifische Kommunikationsformen (z.B. Lormen, taktiles Gebärden, Braille, etc.). Falls keine Person in der Nähe ist und eine Kommunikation nicht möglich ist, benachrichtigen Sie bitte die unter Punkt 2 eingetragenen Personen. Vielen Dank!**

---

## 1. Meine Daten

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Mobilnummer:

Telefon  Bitte nur SMS!

## 2. Bitte diese Person im Notfall benachrichtigen

Familienmitglied  Taubblindenassistent/in

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**

Taubblindenassistent\*in  Gebärdensprachdolmetscher/in  andere

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

### **4. Bitte wenden Sie sich an diese Person, wenn die oben genannte Person nicht erreichbar ist**

Taubblindenassistent\*in  Gebärdensprachdolmetscher/in  andere

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

### **5. Hausarzt / Krankenkasse**

Name des Hausarztes:

Telefonnummer der Praxis:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

### **6. Wichtiger Hinweis**

Cochlea-Implantat-Träger  Herzschrittmacher

Andere Erkrankungen: