

## ブルーカード いつも守られているという安心感

病気の場合や危急の場合、または介護の必要性などに関してご相談を承ります。お手伝いは迅速に、安全にそして手際よくアレンジいたします。

その場合には下記の情報を必要とします。

かかりつけの医師の名前、住所。

救急時に連絡すべきご家族のお名前。

アレルギーやその他の病歴。

医療事前指示書 \* あるいは世話人指示書を保管している方のお名前。

貴方がご希望する救済処置。

一回払い料金 26.50 ユーロで、上記の情報を当方で保管いたします。その後、お名前と連絡先を記入したカードをお渡しいたします。このカードは常に身近に携帯願います。もし貴方の身に何かが起こった場合、貴方ご自身または救助人が救済センターに連絡します。その後センターより救助スタッフにアレルギーや主な病気に関する情報が伝達され、ご家族にも連絡が入ります。センターには貴方が制作された事前指示書の存在の有無、誰が緊急時における貴方の意思の決定権を有するかが登録されています。

必要の場合は、24時間以内に在宅介護、または緊急電話 Notruf-Service\*\* のアレンジをいたします。

貴方が常に安心していただけるよう、救済処置は迅速に、手際よく行われます。

このサポートは、ディアコニー救済センターが提供しております。裏面の申込書にご記入のうえ、下記の住所に送付してください。

Diakonie-Ruf ディアコニー救済センター

Platz der Diakonie 1

40233 Düsseldorf

\* もし自分が意思表示が不可能な昏睡状態に陥った場合、どのような治療あるいは対策を取ってほしいかということを表示した書類。

\*\* ボタンを押すだけで救済センターと連絡がとれるシステム。

## ブルーカード サービス範囲

- アレルギー情報、事前指示書または世話人指示書のような緊急時に必要なデータの保管および他者への伝達。
- 緊急時の電話または電子メールによる連絡先情報の提供。
- 病気あるいは介護のケースで、24時間以内のご相談とサポート。
- 介護人が急に欠如した場合、代わって世話する人のアレンジ。
- 介護申請に関してのご相談と救済手配。
- 医療制度の主な変更に関する情報（年に2回）。
- 緊急医師が処方した薬品を、薬局より自宅へお届けする有料サービス（5ユーロ）。

### ブルーカード料金

一回払い 26.50 ユーロ。有効期間：7年間。

カード紛失の際の新しいカードの再発行：15 ユーロ。

Diakonie-Ruf ディアコニー救済センター

Platz der Diakonie 1  
40233 Düsseldorf  
電話番号：0211 7353-370

[www.diakonie-duesseldorf.de](http://www.diakonie-duesseldorf.de)

寄付金口座番号  
Stadtsparkasse Düsseldorf  
銀行番号：300 501 10  
口座番号：10 105 757  
Diakonie

Diakonie 

DIAKONIE IN DÜSSELDORF

ブルーカード 自宅でのサポート

## ブルーカード サポートの申請

姓

名

住所

郵便番号・都市名

電話番号

メールアドレス

生年月日

アレルギー反応がある薬剤名：

下記 抗血液凝固剤を服用しています：

下記の持病がある、下記の病気をしたことがある：

- 糖尿病
- インシュリンの注射を定期的に行っている。
- 脳梗塞
- 心筋梗塞

かかりつけの医師：

## ブルーカード 緊急時の連絡先

緊急時には下記の人に連絡願います。

1.

姓

名

あるいは施設（教会、世話人協会）

電話番号

第2電話番号（携帯、オフィスなど）

メールアドレス

- 上記の人物は私の医療事前指示書を保管している。
- 上記の人物は私の世話人事前指示書を保管している。
- 上記の人物は私の任意後見代理権書類を保管している。

2.

姓

名

あるいは施設（教会、世話人協会）

電話番号

第2電話番号（携帯、オフィスなど）

メールアドレス

- 上記の人物は私の医療事前指示書を保管している。
- 上記の人物は私の世話人事前指示書を保管している。
- 上記の人物は私の任意後見代理権書類を保管している。

## ブルーカード 緊急時が起こる前に

同意書

下記のケースの場合、私の指定した人に  
ディアコニーより連絡が行くことを承諾します。

- 病院に入院の指示があった場合。
- 引越しの場合。
- 世話人が必要になった場合。
- 死亡。

緊急時に私の医療関連の情報が医療スタッフへ伝えられる  
ことに同意します。

日付および署名

口座自動引き落とし委任状

受取人

DIAKONIE-RUF

KD – BANK eG Duisburg 支店

BLZ 350 601 90, 口座番号 101 188 1102

この書をもってディアコニー が私の口座より、ブルーカード  
料金 26.50 ユーロを下記の口座から期日に自動引き落とし  
することに同意します。

口座番号

銀行名

銀行番号

都市名、日付および支払人の署名



表

氏名

登録番号

カードの有効期限



裏

緊急時および救助のために  
下記の番号にお電話ください。

カード所持者の重要なデータがわかります。  
(連絡先、アレルギー情報、医療事前指示書のことなど)