

# DATENBLATT

## VERMISSTE PERSON

---

### Vorbereitung auf einen eventuellen Vermisstenfall

Sehr geehrte Damen und Herren,

Immer wieder passiert es, dass Menschen aufgrund von Krankheit oder Medikamenteneinnahme an Gedächtnisstörungen und Orientierungslosigkeit leiden. Gerade bei Demenzkranken sind diese besonders stark ausgeprägt. Sie verlassen ihren gewohnten Lebensbereich und finden krankheitsbedingt nicht mehr zurück. Dabei sind diese Menschen erheblichen, oft lebensbedrohlichen, Situationen ausgesetzt. Besonders in der kalten Jahreszeit oder wenn eine regelmäßige Medikamenteneinnahme notwendig ist.

Bei Vermisstenfällen zählt jede Minute! Die Polizei benötigt dann schnell eine Vielzahl an Informationen und Hinweisen. Jedoch erfordern einige wichtige Angaben, ob zur Biografie oder zur Krankenanamnese, genaueren Nachforschungen, die kostbare Zeit in Anspruch nehmen und den ohnehin schon überaus besorgten Angehörigen/Betreuer zusätzlich belasten.

Mit diesem Datenblatt helfen Sie der Polizei, einen schnelleren Start einer Vermisstensuche zu ermöglichen. Füllen Sie daher bitte die folgenden Seiten gewissenhaft aus und bewahren das Datenblatt bei sich zu Hause auf. Sollte die Person in einem Alters-, Pflege- oder Wohnheim untergebracht sein, können Sie die Unterlagen auch dort hinterlegen. Achten Sie darauf, dass der Zugriff auf das Datenblatt jederzeit gewährleistet ist.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung. Mit diesem kleinen Beitrag erleichtern Sie die Sucharbeit der Polizei und involvierten Hilfsdienste.

DANKE!

# aktuelles Foto

(ideal Passfoto/Portrait)

## Personalien

|                               |   |                 |  |
|-------------------------------|---|-----------------|--|
| <b>Name, Geburtsname</b>      |   |                 |  |
| <b>Vorname/n</b>              |   |                 |  |
| <b>Aktuelle Anschrift</b>     |   |                 |  |
| <b>Vorherige Anschrift</b>    |   |                 |  |
| <b>Telefon</b>                |   | <b>Handy</b>    |  |
| <b>Geburtsdatum, -ort</b>     |   |                 |  |
| <b>Familienstand</b>          | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Partnerschaft |                 |  |
| <b>Staatsangehörigkeit/en</b> |   | <b>Religion</b> |  |
| <b>Pflegestufe</b>            | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III  |                 |  |

## Personenbeschreibung

|  |  |                   |  |
|--|--|-------------------|--|
| <b>Größe</b>   |  | <b>Gewicht</b>    |  |
| <b>Gestalt</b>   | <input type="checkbox"/> hager <input type="checkbox"/> schlank <input type="checkbox"/> athletisch <input type="checkbox"/> kräftig <input type="checkbox"/> dick |                   |  |
| <b>Haarfarbe</b>   |  | <b>Augenfarbe</b> |  |
| <b>Brille</b>  |  | <b>Hörgerät</b>   |  |
| <b>Muttermale/Narben/<br/>Tätowierungen</b>  |  |                   |  |
| <b>Besonderheiten</b>  |  |                   |  |
| <b>Bekleidung</b><br>(zum Zeitpunkt des<br>Verschwindens;<br>ggf. mitgeführte Gegenstände) |  |                   |  |

## Krankenanamnese

|  |   |
|--|---|
| <b>Hausarzt</b> (Anschrift, Tel.)                                  |   |
| <b>Zahnarzt</b> (Anschrift, Tel.)                                  |   |
| <b>Weitere Ärzte</b><br>(Anschrift, Tel.)                          |   |
| <b>Mobilität</b>   | <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Gehilfe, welche _____   |
| <b>Krankheit/en</b>  |   |
| <b>Medikation</b>  | <input type="checkbox"/> keine (lebenswichtigen) Medikamente<br><input type="checkbox"/> regelmäßige Einnahme von Medikamenten ist notwendig<br><input type="checkbox"/> Marcumar-Patient <input type="checkbox"/> Insulin-Patient/Diabetiker<br><input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| <b>Besondere Symptome/<br/>Ausprägung des<br/>Krankheitsbildes</b> | <input type="checkbox"/> Aggressivität<br><input type="checkbox"/> Demenz/Verwirrtheit<br><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher<br><input type="checkbox"/> Allergien: _____<br><input type="checkbox"/> sonstige: _____   |

## Angehörige/Bezugspersonen

|                              |  |              |  |
|------------------------------|--|--------------|--|
| <b>Name, Vorname</b>         |  |              |  |
| <b>Anschrift</b>             |  |              |  |
| <b>Telefon</b>               |  | <b>Handy</b> |  |
| <b>Angehörigenverhältnis</b> |  |              |  |
| <b>Name, Vorname</b>         |  |              |  |
| <b>Anschrift</b>             |  |              |  |
| <b>Telefon</b>               |  | <b>Handy</b> |  |
| <b>Angehörigenverhältnis</b> |  |              |  |
| <b>Name, Vorname</b>         |  |              |  |
| <b>Anschrift</b>             |  |              |  |
| <b>Telefon</b>               |  | <b>Handy</b> |  |
| <b>Angehörigenverhältnis</b> |  |              |  |
| <b>Name, Vorname</b>         |  |              |  |
| <b>Anschrift</b>             |  |              |  |
| <b>Telefon</b>               |  | <b>Handy</b> |  |
| <b>Angehörigenverhältnis</b> |  |              |  |

## Biografie

|   |  |
|---|--|
| <b>Freizeitbeschäftigung</b><br>(Reisen, Gewohnheiten, Sport, Vorlieben, Abneigungen)               |  |
| <b>Soziale Kontakte/<br/>wichtige Personen</b><br>(Verwandte, Freunde, Kirche, Vereine u.a.)        |  |
| <b>Ehe-/Lebenspartner</b><br>(Vorname, Name, Eheschließungsdatum, Dauer, ggf. Tod, Beruf...)        |  |
| <b>Berufliche Tätigkeit/en</b><br>(mit Anschriften)   |  |
| <b>Prägende Ereignisse</b><br>(mit Datum! z.B. Verlust Partner/Bezugsperson, Umzug, Kriegserlebnis) |  |
| <b>Spezielle Interessen/<br/>Fähigkeiten</b><br>(Hobby, Sport, Museen)                              |  |
| <b>Normaler Tagesablauf/<br/>individuelle Rituale</b>   |  |

## Zuletzt Verschwunden/Zurückliegender Vermisstenfall

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> erstmaliges Verschwinden <input type="checkbox"/> wiederholtes Verschwinden (Anzahl _____) |   |                          |
| <b>Datum</b>  |   | <b>Dauer</b> (Std./Tage) |
| <b>Hergang</b>  | <input type="checkbox"/> selbständig zurückgekehrt<br><input type="checkbox"/> gefunden worden von: _____ |                          |
| <b>Verschwunden von</b><br>(Adresse)  |   |                          |
| <b>Fundort</b><br>(Adresse)   |   |                          |

Ausgefüllt von \_\_\_\_\_

(Name, Vorname) – Daten siehe unter Angehörige/Bezugspersonen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift