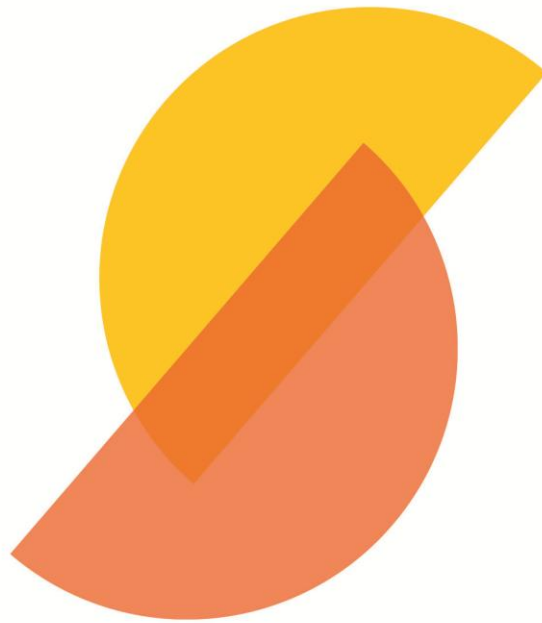


Notfall- und Vorsorgemappe



Stadt seniorenrat Ravensburg

Stand: Juni 2015

Hier haben Sie die Möglichkeit Änderungen Ihrer Eintragungen, z.B. neue Telefonnummer, geänderte oder zusätzliche Medikation, Adressänderung, Namensänderung etc., in der Vorsorgemappe zeitlich zu datieren:

geändert am: _____

geändert am: _____

geändert am: _____

geändert am: _____

geändert am: _____

geändert am: _____

geändert am: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

möglichst lange eigenverantwortlich zu leben und alle Angelegenheiten bis ins hohe Alter selbst regeln zu können, ist ein Wunsch, den viele Menschen teilen.

Aber was, wenn durch einen Unfall oder durch Krankheit dies nicht mehr möglich sein sollte? Von einem Augenblick zum anderen kann es passieren, dass man seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann und auf fremde Hilfe angewiesen ist. Rechtzeitig vorzusorgen vermittelt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen und in jedem Alter.

Diese Notfall- und Vorsorgemappe des Stadtseniorenrats Ravensburg soll Ihnen und Ihren Angehörigen helfen, für sich selbst möglichst viele Fragen frühzeitig zu beantworten und so selbst zu bestimmen, wer in diesem Fall seine Interessen am besten wahrnehmen kann.

In dieser Notfall- und Vorsorgemappe befinden sich Vordrucke für:

Teil 1: Notfall (Seite 4 bis Seite 9)

- **Wichtige persönliche Daten**
- **Angaben zur Gesundheit**
- **Merkblatt für den Notfall**

Teil 2: Vorsorge (Seite 10 bis 29)

- **Wichtige persönliche Daten**
- **Angaben zur Gesundheit**
- **Vorsorgeregelungen**
- **Nachlassregelungen**
- **Todesfall**
- **Vorsorgevollmacht**
- **Patientenverfügung**
- **Betreuungsverfügung**
- **Notfallkarte**

Die Notfall- und Vorsorgemappe ist so aufgebaut, dass Sie den Teil für den Notfall gut sichtbar in der Wohnung aufbewahren können, damit Ersthelferinnen und Ersthelfer im Notfall schnell informiert sind.

Die Vorsorge-Informationen verwahren Sie bitte an einem sicheren Ort und informieren nur die bevollmächtigte Person bzw. die bevollmächtigten Personen Ihres Vertrauens, wo dieser Teil der Mappe zu finden ist!

Ulrich Schlotter

Vorsitzender Stadtseniorenrat Ravensburg

Teil 1: NOTFALL

1.: WICHTIGE DATEN

PERSÖNLICHE DATEN

NAME _____ **VORNAME** _____

GEBURTSNAME _____ **GEBURTSORT** _____

GEBURTSDATUM _____ **STAATSANGEHÖRIGKEIT** _____

ANSCHRIFT _____

FAMILIENSTAND _____ **KONFESSION** _____

TEL:NUMMER _____ **MOBIL** _____

E-MAIL _____

BLUTGRUPPE _____

ARBEITGEBER _____

WICHTIGE RUFNUMMERN

POLIZEI-NOTRUF • 110
POLIZEIPOSTEN •
FEUERWEHR • 112
RETTUNGSDIENST/NOTARZT • 112
GIFTNOTRUF • 0761 19240

KRANKENHAUS

Ravensburg EK • 0751 87-0
Weingarten 14 Nothelfer • 0751 406-0
Bad Waldsee • 07524 9970
Wangen • 07522 960

HAUSARZT _____

APOTHEKE _____

SOZIALSTATION _____

PFLEGESTÜTZPUNKT IM LANDRATSAMT • 0751 85-3318 oder 3319

PFARRAMT _____

STADTVERWALTUNG RV • 0751 82-0

WICHTIGE ANGEHÖRIGE /BEZUGSPERSON

VERTRAUTER NACHBAR

BEVOLLMÄCHTIGTER/ BETREUER

- VORSORGEVOLLMACHT
 GESETZLICHE BETREUUNG

NAME, Vorname _____

Telefonnummer: _____

MERKBLATT FÜR DEN NOTFALL

25.05.2015, Egon Gmeiner

Quellen: kartensicherheit.de, Verbraucherzentrale NRW, Notruf Kreis Pinneberg, Paula Schuster

UNFALL – VERLUST VON WICHTIGEN DOKUMENTEN

Die Hilfe für die weniger schönen Ereignisse in unserem Leben ist bestens organisiert.

Unsere Mithilfe ist jedoch immer erforderlich. Besonders auf einer Reise stehen uns die zu Hause aufbewahrten Daten nicht zur Verfügung.

Die folgenden Hinweise sollen helfen für „unerwartete“ Ereignisse gut vorbereitet zu sein.

Zu Hause:

Grundsätzlich ist zu empfehlen, Dokumente die verloren oder gestohlen werden können, als Kopie an einem sicheren Ort aufzubewahren. Damit die Daten rekonstruiert werden können.

Telefonnummern die sichtbar beim Telefon vermerkt sind:

Rettung, Notarzt, Feuerwehr: NOTRUF 112

Polizei: NOTRUF 110

GIFTNOTRUF:

Hausarzt:

Auf Reisen:

1. Für einen Notfall (Krankheit oder Unfall)

1.1 Persönliche Daten, also **Personalausweis** oder **Reisepass**. Kopie an getrennter Stelle im Gepäck aufbewahren (für den Fall des Verlustes).

Eigene Wohn-Adresse mit Telefon Nr.

Wer hat Zugang zu meiner Wohnung? Name, Anschrift, Tel. Festnetz (privat, Arbeit) und Handy, Email.

Wer ist ev. zu verständigen: Name, Anschrift, Tel. Festnetz (privat, Arbeit) und Handynr. Email. (ev. auch einen Stellvertreter nennen).

1.2 Krankenversicherung.

Gesundheitskarte habe ich dabei.

An einer getrennten Stelle habe ich aufgeschrieben – oder eine Kopie der Gesundheitskarte (beide Seiten)

Persönliche Kennnummer, Kennnummer des Trägers (der Versicherung), Kennnummer der Karte, Tel. Nr. der Versicherung. Alle diese Daten stehen auf der Gesundheitskarte)

Auslandskrankenversicherung

Versicherer: NN, Vers. Nr. Tel. Nr. (ev. Ansprech-Person)

Einmal bei der Gesundheitskarte und einmal davon getrennt verwahrt, aufgeschrieben oder als Kopie.

1.3 Andere ev. nützliche Daten: Auch für Dritte auffindbar aufschreiben!

Tel. Nr. des Hausarztes oder eines anderen wichtigen Arztes.

Allergien die zu beachten sind.

Meine wichtigen Medikamente (Liste) oder „Ich nehme keine Medikamente ein“.

Angaben zu Impfungen und Blutgruppe.

Organspende-Ausweis

2.0 Führerschein und Fahrzeugschein nie im Auto aufbewahren

KFZ Versicherung: Daten für den Schadensservice.

Kopien von Führer- und Fahrzeugschein an getrennter Stelle mitführen.

3.0 Geld und Geldkarten

Nicht alles Bargeld an einer Stelle mit sich führen.

Kreditkarten und girocard (ec-Karte): Nur die Karte(n) mitnehmen die ich wirklich brauche.

Für den Fall des Verlustes:

Die „SOS-Geld-Karten-Sicherheit“ (siehe Anhang) ausgefüllt örtlich getrennt von den Karten mit sich führen.

Nach der Sperrung soll auch die eigene Bank verständigt werden.

Bei Diebstahl Strafanzeige erstatten.

Zutreffend Sperrnummern im Handy speichern!

4.0 Handy ist verloren oder gestohlen. Also möglichst schnell sperren.

Erster Schritt: Eigenes Handy anrufen.

Zweiter Schritt: Sperrhotline des Vertragspartners anrufen.

Ein Handy mit Internetanschluss (Smart-Phon) kann womöglich über das Internet gesperrt werden. Also lernen – oder aufschreiben - wie man das macht.

Für Schritt 2 sind die Daten der SOS Handy-Card wichtig. Deshalb soll diese getrennt vom Handy mitgeführt werden

<p>SOS Handy-Card</p> <p>Mobilfunkanbieter: Kunden-Nr.</p> <p>Tel. Nr. Sperrhotline:</p> <p>Eigene Handy Tel.-Nr.</p> <p>Handy-Marke / Typ:</p> <p>SIM-Karten-Nr.</p> <p>IMEI-Nr.</p> <p>Diese Nr. erscheint wenn *#06# eingegeben wird.</p> <p>Kennwort nicht notieren, auswendig lernen!</p>

Notruf / Verhalten im Notfall

Das 5-W-Schema

WO Ortsbeschreibung des Geschehens

WAS ist passiert

WIEVIELE Betroffene

WELCHE Art der Erkrankung / Verletzung

WARTEN auf Rückfragen. Nicht auflegen, das Gespräch wird von der Leitstelle beendet.

Rufen Sie niemanden an, wegen eines möglichen Rückrufes.

SOS Geld-Karten-Sicherheit

Debit- und Kreditkarten

Eigene Nummern:

Sperr-Notruf

116 116

In Deutschland

+49 116 116

aus anderen Ländern

+49 30 4050 4050

oder

girocard

(ehemals ec-Karte)

+49 1805 021 021

mein

IBAN

Tel. meiner Bank

Karten-Nr.

MasterCard

in Deutschland

0800 8191 040.

Karten-Nr.

aus den USA

+1 800 6278 372

aus anderen Ländern

+1 636 7227 111

Visa Karte

in Deutschland

0800 8118 440

Karten-Nr.

aus anderen Ländern

+1 303 9671 096

American Express

+49 69 97 972 000

Karten-Nr.

Diners Club

+49 69 900 150 135 oder 136

Karten-Nr.

TEIL 2: VORSORGE (diesen Teil an einem sicheren Ort verwahren!)

1.: WICHTIGE DATEN

PERSÖNLICHE DATEN

NAME _____ VORNAME _____

GEBURTSNAME _____ GEBURTSORT _____

GEBURTSDATUM _____ STAATSANGEHÖRIGKEIT _____

ANSCHRIFT _____

PASS-/AUSWEISNUMMER _____

FAMILIENSTAND _____ KONFESSION _____

TEL:NUMMER _____ MOBIL _____

E-MAIL _____

STAMMBUCH ja nein AUFBEWAHRUNGORT _____

BEHINDERTENAUSWEIS ja nein AUFBEWAHRUNGORT _____

ORGANSPENDERAUSWEIS ja nein AUFBEWAHRUNGORT _____

BLUTGRUPPE _____

ARBEITGEBER _____

WICHTIGE RUFNUMMERN

POLIZEI-NOTRUF • 110
POLIZEIPOSTEN •
FEUERWEHR • 112
RETTUNGSDIENST/NOTARZT • 112
GIFTNOTRUF • 0761 19240

KRANKENHAUS

Ravensburg EK • 0751 87-0
Weingarten 14 Nothelfer • 0751 406-0
Bad Waldsee • 07524 9970
Wangen • 07522 960

HAUSARZT _____

APOTHEKE _____

SOZIALSTATION _____

PFLEGESTÜTZPUNKT IM LANDRATSAMT • 0751 85-3318 oder 3319

PFARRAMT _____

STADTVERWALTUNG RV • 0751 82-0

WICHTIGE ANGEHÖRIGE /BEZUGSPERSON

VERTRAUTER NACHBAR

BEVOLLMÄCHTIGTE/R:

WICHTIGE DATEN

SCHLÜSSEL

Hausschlüssel Wohnungsschlüssel _____

Die angekreuzten Schlüssel sind hinterlegt bei:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Ich wohne:

in meiner eigenen Wohnung

in einer Mietwohnung

Der Vermieter ist:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

WICHTIGE DATEN

ANGEHÖRIGE – BITTE IM NOTFALL BENACHRICHTIGEN:

EHE/LEBENSPARTNER

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

ODER

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

ODER

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Wenn sich mein Gesundheitszustand so verändert, dass ich nicht mehr selber dafür sorgen kann, möchte ich den Beistand und die Begleitung durch:

Die Hospizgruppe

Name: _____

Kontaktdaten: _____

Einen Priester

Konfession: _____

Name: _____

Kontaktdaten: _____

GESUNDHEIT

HAUSARZT

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

WEITERE ÄRZTE/FACHÄRZTE

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

GESUNDHEIT

MEDIKAMENTE

Ich nehme regelmäßig:

- Blutgerinnungshemmende Mittel, z.B. Marcumar etc.
- Insulin bitte gesondert kennzeichnen!
- Bedarfsmedikamente, z.B. Asthmaspray, Nitrolingualkapseln, Schmerzmedikamente)

Name des Medikaments	Einnahmezeit			
	morgens	mittags	abends	

AMBULANTER PFLEGEDIENST:

NAME: _____ Tel.: _____

APOTHEKE

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Ich bin von der Rezeptzahlung befreit: ja nein

GESUNDHEIT

MEDIZINISCHE BEHANDLUNG

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG - AMBULANT

Datum von	bis	Behandelnder Arzt	Grund der Behandlung (Diagnose)

KLINISCHE BEHANDLUNG - stationär

Datum von	bis	NAME DES KRANKENHAUSES	GRUND DER AUFNAHME DIAGNOSE

GESUNDHEIT

IMPFUNGEN

Impfbuch ja nein Aufbewahrungsort _____

Durchgeführte Impfungen – Nachweis liegt bei

ORGANSPENDE

Organspende-Ausweis ja nein Aufbewahrungsort _____

ALLERGIEN

Allergiepass ja nein Aufbewahrungsort _____

Ich leide unter folgenden Allergien/Unverträglichkeiten

DIABETES

Ausweis ja nein Aufbewahrungsort _____

BLUTGRUPPE _____

GESUNDHEIT

BEHINDERUNGSSTUFE

Grad der Behinderung _____ %

Merkzeichen _____ Wertmarke ja nein

PFLEGESTUFE nein beantragt eins zwei drei Demenz

KRANKENVERSICHERUNG gesetzlich privat

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

KARTEN-und VERSICHERUNGSNUMMER _____

VERSICHERUNGKARTE ja nein Aufbewahrungsort _____

Ich bin von der Zuzahlung befreit: ja nein

BEIHILFESTELLE

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

BF PERSONALNUMMER _____

VORSORGEREGELUNGEN

VERSICHERUNGEN

Ich habe folgende Versicherungen abgeschlossen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Auslandskrankenversicherung | <input type="checkbox"/> Feuer/Gebäudeversicherung |
| <input type="checkbox"/> Glasversicherung | <input type="checkbox"/> Hausratversicherung |
| <input type="checkbox"/> KFZ-Versicherung | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Lebensversicherung | <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung |
| <input type="checkbox"/> private (Zusatz-) Versicherung | <input type="checkbox"/> Privathaftpflicht-Versicherung |
| <input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Aufbewahrungsort meines Versicherungsordners

VORSORGEREGELUNGEN

ALTERSVERSORGUNG

RENTEN- UND PENSIONSUNTERLAGEN

Aufbewahrungsort

BANKUNTERLAGEN / STEUERUNTERLAGEN / BAUSPARVERTRÄGE

Aufbewahrungsort

VERSORGUNGSVERFÜGUNGEN

BANKVOLLMACHT

Bankvollmacht erteilt ja nein

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Aufbewahrungsort

VORSORGEREGELUNGEN

VORSORGEVOLLMACHT

Vollmacht erteilt ja nein

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Aufbewahrungsort

PATIENTENVERFÜGUNG

Patientenverfügung wurde erteilt ja nein

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Aufbewahrungsort

Registrierung

Meine Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung ist/sind im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert. (www.vorsorgeregister.de)

NACHLASSREGELUNG

NACHLASSVERFÜGUNG

Ich habe meine Nachlassverfügung wie folgt getroffen:

- handschriftliches Testament
- notarielles Testament
- Erbvertrag

NOTAR bei dem das Testament oder der Erbvertrag beurkundet worden ist:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Kenntnis von meiner Nachlassregelung hat:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

oder

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Aufbewahrungsort

NACHLASSREGELUNG

BESTATTUNGSVORGABEN UND - WÜNSCHE

BESTATTUNGSVERTRAG ABGESCHLOSSEN ja nein

Aufbewahrungsort

BESTATTUNGSINSTITUT

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

ART DER BESTATTUNG

Ich wünsche folgende Art der Bestattung

Erdbestattung Feuerbestattung anonyme Bestattung

Seebestattung Bestattung in einem Friedwald

NACHLASSREGELUNG

BESTATTUNGSORT / FRIEDHOF

EINE GRABSTÄTTE IST VORHANDEN

FRIEDHOF _____

GRABART _____ GRABNUMMER _____

EINE GRABSTÄTTE IST NICHT VORHANDEN

Ich wünsche eine Bestattung auf folgendem Friedhof

eine stille Bestattung nur im Kreise meiner Angehörigen

Bestattung nur im Kreise meiner Angehörigen und engsten Freunde

eine normal übliche Bestattung

BENACHRICHTIGUNGEN

Verwandte, Freunde und Bekannte, die im Falle eines Todesfalles zu benachrichtigen sind:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

NACHLASSREGELUNG

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

TODESFALL

WAS IST NACH EINEM TODESFALL ZU TUN?

• BESTATTUNG

	TELEFON	ERLEDIGT
TODESBESCHEINIGUNG VOM ARZT ODER KRANKENHAUS	_____	<input type="checkbox"/>
BESTATTUNGSUNTERNEHMEN BEAUFTRAGEN	_____	<input type="checkbox"/>
BEERDIGUNGSTERMIN FESTLEGEN	_____	<input type="checkbox"/>
KIRCHENGEMEINDE VERSTÄNDIGEN	_____	<input type="checkbox"/>
STANDESAMT (STERBEURKUNDE MEHRFACH BEANTRAGEN)	_____	<input type="checkbox"/>
TRAUERANZEIGE FÜR DIE ZEITUNG IN AUFTRAG GEBEN	_____	<input type="checkbox"/>
TRAUERKARTEN BESTELLEN UND VERSENDEN	_____	<input type="checkbox"/>
FOTO FÜR STERBEBILD AUSSUCHEN	_____	<input type="checkbox"/>

• BEHÖRDEN

ARBEITGEBER INFORMIEREN	_____	<input type="checkbox"/>
KRANKENKASSE/ BEIHILFESTELLE INFORMIEREN	_____	<input type="checkbox"/>
RENTEN-/ PENSIONS KASSE INFORMIEREN	_____	<input type="checkbox"/>
FINANZAMT VERSTÄNDIGEN	_____	<input type="checkbox"/>
TESTAMENT ERÖFFNEN LASSEN ;ERBSCHEIN BEANTRAGEN	_____	<input type="checkbox"/>

• VERSICHERUNGEN

LEBENS-/STERBEGELDVERSICHERUNG INFORMIEREN	_____	<input type="checkbox"/>
RENTENVERSICHERUNG INFORMIEREN	_____	<input type="checkbox"/>
GEWERKSCHAFT INFORMIEREN	_____	<input type="checkbox"/>
VERSICHERUNGEN KÜNDIGEN	_____	<input type="checkbox"/>

• GELDANGELEGENHEITEN

BANK INFORMIEREN	_____	<input type="checkbox"/>
DAUERAUFTRÄGE EVENT: AUSSETZEN LASSEN	_____	<input type="checkbox"/>

TODESFALL

WAS IST NACH EINEM TODESFALL ZU TUN?

• Mitgliedschaften	Telefon/Notizen	erledigt
Mitgliedschaft in Vereinen/Parteien kündigen	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
• Wohnung		
Mietwohnung, Garage u.a. kündigen	_____	<input type="checkbox"/>
Radio/Fernseher/Telefon ab-o. ummelden	_____	<input type="checkbox"/>
Abonnements (Zeitung, Zeitschriften kündigen	_____	<input type="checkbox"/>
Schlussablesung Strom, Gas, Wasser, Heizung	_____	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung der Unterlagen _____	_____	
• Sonstiges		
Kraftfahrzeug ab-oder ummelden	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

Für diese Erledigungen können Sie auch ein Bestattungsunternehmen beauftragen.

Denken Sie an Trauerkleidung, Trauerfeier und die Unterbringung auswärtiger Trauergäste.

ANLAGEN

Zur Ergänzung meiner Vorsorge- Notfallmappe lege ich weitere Schriftstücke bei:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Diese Notfall- und Vorsorgemappe wurde durch eine Arbeitsgruppe des Stadtseniorenrats Ravensburg erarbeitet (Brigitte Restle, Egon Gmeiner, Martin Diez).

Vorschläge und Kritik zu dieser Notfall – und Vorsorgemappe bitte an:



Stadt Ravensburg
Amt für Soziales und Familie
Seniorenbeauftragter
Martin Diez
Marienplatz 35
88212 Ravensburg

Telefon: 0751 / 82-439
E-Mail: martin.diez@ravensburg.de
Internet: www.ravensburg.de



Die unten stehende Notfallkarte können Sie ausschneiden, falten und ggfs. zusammenkleben und griffbereit im Geldbeutel bei sich führen.

hier bitte falten

  <p>NOTFALLKARTE</p> Name; Vorname: _____ Geboren am: _____ Anschrift: _____ <input type="checkbox"/> ich habe eine Patientenverfügung	<p>Wichtige Anschriften:</p> Hausarzt: _____ Tel.: _____ Bevollmächtigter: _____ Tel.: _____
--	--