

Notfallcheckliste für pflegende Angehörige *

Name, Vorname:		Adresse:	
Geburtsdatum:			
Familienstand:	Blutgruppe:	Telefonnummer:	
Im Notfall benachrichtigen Sie bitte sofort: Name: _____ Name: _____ Adresse: _____ Adresse: _____ Telefonnummer: _____ Telefonnummer: _____			
Sonstiges: Ich bin verantwortlich für <input type="radio"/> __ hilfsbedürftige Person(en) <input type="radio"/> __ zu versorgende(s) Kind(er) <input type="radio"/> __ zu versorgende(s) Haustier(e) Art: _____		Mein Hausarzt: _____ Weitere Ärzte: _____	
Wichtige Dokumente (Vollmachten, Verfügungen) befinden sich:		Krankenkasse:	
		Krankenversicherungsnr:	
Ich habe folgende Erkrankungen:		Ich nehme folgende Medikamente:	
Ein Wohnungs -/Haustürschlüssel befindet sich bei: Name: Adresse: Telefonnummer:		Ich nehme folgende regelmäßige Pflichten und/oder Termine wahr (bitte informieren):	
Weitere Informationen (eigene Notfalltasche etc.):		Sonstiges:	

Informationen für die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen

Name, Vorname:	Adresse:
Geburtsdatum:	
Wichtige Hinweise (z.B. Hilflosigkeit oder besondere Probleme, wie Sprachbehinderung):	Erkrankungen:
	Medikamente (und Dosierung): Aufbewahrungsort:
Hausarzt:	Krankenkasse:
	Krankenversicherungsnr:
	Die Krankenversichertenkarte befindet sich:
Weitere Ärzte:	Es besteht der Pflegegrad __ seit ____ __
	Es liegt eine Schwerbehinderung vor <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Der Schwerbehindertenausweis befindet sich:
Pflegedienst oder andere:	Die Notfalltasche befindet sich:
Regelmäßige Termine (z.B. Dialyse, Therapie):	Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:
Sonstiges (z.B. Absprache mit der Kurzzeitpflege, wichtige Hinweise für den Alltag):	