

Notfallcheckliste

Angaben zur Pflegeperson

Name, Vorname	Adresse
Geburtsdatum	Telefonnummer
Familienstand	Blutgruppe

Im Notfall zu benachrichtigen (Name, Adresse, Telefonnummer):

Ich bin verantwortlich für:

<input type="checkbox"/> eine hilfsbedürftige Person
<input type="checkbox"/> zu versorgende Kinder
<input type="checkbox"/> ein Haustier

Mein Hausarzt
Andere Ärzte
Krankenkasse
Medikamente

Folgende Erkrankungen könnten bei einer Notbehandlung Auswirkungen haben:

- Allergien: _____
- Bluthochdruck
- Asthma
- Diabetes: _____
- Schlaganfall
- Epilepsie
- Nierenerkrankung
- Dialysebehandlung
- Bypass-Operation
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt

Notfallcheckliste

Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Adresse
Geburtsdatum	Telefonnummer
Muttersprache	Blutgruppe

Weitere Pflegeinstitutionen
<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst:
<input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Tagespflege:
<input type="checkbox"/> Besuchsdienst:

Hausarzt
Andere Ärzte
Krankenkasse
Krankenversicherungsnummer
Pflegegrad
Medikamente

Aufbewahrungsort der Krankenversicherungskarte:	Aufbewahrungsort der Pflegedose:
Aufbewahrungsort des Schwerbehindertenausweis:	Vorhandene Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, Rollator...):

Sonstige Hinweise zur Versorgung:
