Notfallmappe

von

Informationen zur Pflegesituation und Pflegebesonderheiten



in Kooperation mit der Selbsthilfegruppe
Pflegende Angehörige Osnabrück

wir pflegen!
Interessenvertretung und Selbsthilfe
pflegender Angehöriger e.V.

Notfallmappe

Zusammenstellung vertraulicher Daten und Fakten über zu pflegende Angehörige/Patienten bei Ausfall oder Verhinderung der regulären Pflegeperson(en) – Zur schnellen Information über die Pflegesituation und Pflegebesonderheiten

Persönliche Angaben zur gepflegten Person 2

Medikationsplan 3

Kranken- und Pflegeversicherung 4

Pflegepersonen/Pflegedienst 5

Liste Ärzte / Krankenhaus 7

Physio-/Ergotherapie, Logopädie, Apotheke, Fußpflege, Friseur 9

Brille, Hörgerät, Katheter, Stoma 10

Sondenernährung, Herzschrittmacher, Prothetik 11

Erkrankungen, Infektionen, Allergien, Hilfsmittel 12

Persönliche Vorlieben 13

Wichtige Adressen (Vollmachten, Schlüssel, Anwalt, Kirche) 14

Weitere wichtige Kontakte 15

Liste beigefügter wichtiger Anlagen/Kopien 16

Nützliche Tipps und Links 17

Anleitung zum Ausfüllen 19

Patientenverfügung:

☐ vorhanden ☐ als Kopie beigefügt

Vorsorgevollmacht:

☐ vorhanden ☐ als Kopie beigefügt

Polizei: 110

Feuerwehr: 112

Pflegedienst:

Ärztl. Notdienst: 116 117

weitere:

Angaben zur Person

Zur Person

Passfoto bitte einkleben

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße und Haus-Nr.:

PLZ und Wohnort:

Telefon: | Mobiltelefon:

Konfession: ☐ ev.- luth. ☐ r.- kath. ☐ keine ☐ andere:

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ in einer Beziehung ☐ alleinstehend

(Ehe-)Partner*in:

☐ allein wohnend ☐ zus. wohnend mit: ☐ (Ehe-)Partner*in ☐ andere (Sohn, Tochter, etc.):

Personalausweis Nr.: ☐ Kopie beigef.

Reisepass Nr.: ☐ Kopie beigef.

☐ **Behindertenausweis:** ☐ unbefristet ☐ befristet ☐ beantragt am:

Merkzeichen : ☐ aG ☐ G ☐ B ☐ H ☐ Bl ☐ RF | % ☐ Kopie beigef.

☐ **Organspendeausweis** ☐ Kopie beigef.

Körpergröße: cm | Gewicht: kg | Blutgruppe:

Konfektionsgröße : | Schuhgröße: | Hutgröße:

☐ Kraftfahrzeugtyp, Farbe: | Kennzeichen:

☐ Garage | Ort der Garage:

☐ Damenrad ☐ Herrenrad ☐ E-Bike | Rahmen-Nr. /Farbe:

Fahrzeugunterlagen zu finden:

Medikationsplan

	Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen *z. B. vor (**V**) zu (**Z**) nach den Mahlzeiten (**N**)*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

erstellt von Arzt/Apotheker: Stand:

☐ Aktueller Medikationsplan als Kopie eingeheftet

*Bitte hier den von Arzt/Ärztin oder Apotheker*in erstellten Medikationsplan übernehmen oder hier einheften und immer aktuell halten!*

Bemerkungen zum Medikationsplan –
Wichtige Hinweise auf Allergien/Unverträglichkeiten gegen folgende Stoffe/Medikamente:

Kranken-/Pflegeversicherung

4

Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenversichert: ☐ gesetzlich ☐ privat* | KV-/VS-Nr.:

Krankenkasse: | Telefon:

Straße und Haus-Nr.:

PLZ und Ort

Mobiltelefon: | Sachbearbeiter*in:

Versichertenkarte Nr.: ☐ Kopie beigef.

*Beihilfe: | %-Satz

Beihilfestelle:

☐ **Zusatzversicherung bei:**

für ☐ Kh.-Tagegeld ☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer ☐ Chefarztbehandlung

Sonstige Leistungen:

Pflegeversicherung:

☐ Pflegegrad gerade erst beantragt am: | ☐ kein Pflegegrad beantragt

☐ Pflegegrad seit:

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ kein Pflegegrad

☐ Höherstufung beantragt am:

Pflegepersonen/Pflegedienst

Pflegende Personen

1. Hauptpflegeperson

Vorname: | Nachname:

Stand zum Patienten: ☐ Tochter ☐ Sohn ☐ (Ehe-)Partner*in ☐ Sonstige*r:

☐ mit im Haus wohnend

Telefon: | Mobiltelefon:

wohnhaft:

weitere Informationen:

2. Pflegeperson

Vorname: | Nachname:

Stand zum Patienten: ☐ Tochter ☐ Sohn ☐ (Ehe-)Partner*in ☐ Sonstige*r:

☐ mit im Haus wohnend

Telefon: | Mobiltelefon:

wohnhaft:

weitere Informationen:

Weitere Angehörige, Nachbarn oder Pflegekräfte

Vorname: | Nachname:

Telefon: | Mobiltelefon:

weitere Informationen:

Pflegepersonen/Pflegedienst

Pflegedienst:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Erreichbarkeit: ☐ rund um die Uhr ☐ von: bis:

Pflegezeiten: ☐ täglich ☐ an folgenden Tagen:

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So

in der Zeit: ☐ morgens: ☐ vormittags: ☐ mittags:

☐ nachmittags: ☐ abends:

weitere Angaben:

Weitere wichtige Informationen zur Pflege befinden sich in der Pflegemappe des Pflegedienstes vor Ort!

Tagespflegeeinrichtung:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Aufenthalt an folgenden Tagen: ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So

Abholzeit: | Rückkehrzeit: | ☐ Fahrdienst ☐ Taxi

Fahrdienst/Taxi:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Ansprechpartner*in:

Liste Ärzte / Krankenhaus

Ärzte

Hausarzt/-ärztin: E-Mail:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten: Hausbesuche: ☐ ja ☐ nein

Zahnarzt/-ärztin:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten: E-Mail:

☐ **Zahnersatz:** ☐ oben: ☐ fest eingesetzt ☐ herausnehmbar ☐ teils herausnehmbar

☐ unten: ☐ fest eingesetzt ☐ herausnehmbar ☐ teils herausnehmbar

Pflegemittel:

HNO: E-Mail:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

1. Facharzt (Name, Fachrichtung):

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten: E-Mail:

2. Facharzt (Name, Fachrichtung):

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten: E-Mail:

Liste Ärzte / Krankenhaus

3. Facharzt (Name, Fachrichtung):

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten: | E-Mail:

Krankenhaus / Kur/Reha

1. Krankenhaus:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

letzter Aufenthalt von: bis: | E-Mail:

Grund:

2. Krankenhaus:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

letzter Aufenthalt von: bis: | E-Mail:

Grund:

Kur/Reha:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

letzter Aufenthalt von: bis: | E-Mail:

Grund:

Physio-/Ergotherapie, Logopädie, Apotheke, Fußpflege, Friseur

Physiotherapie: E-Mail:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Behandlungszeiten: Hausbesuche: ☐ ja ☐ nein

Ergotherapie: E-Mail:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Behandlungszeiten: Hausbesuche: ☐ ja ☐ nein

Neuro-/Logopädie: E-Mail:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Behandlungszeiten: Hausbesuche: ☐ ja ☐ nein

Apotheke: E-Mail:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Öffnungszeiten: Lieferung: ☐ ja ☐ nein

Fußpflege/Podologie: E-Mail:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten: Hausbesuche: ☐ ja ☐ nein

Friseur: E-Mail:

Telefon: Mobiltelefon:

Öffnungsszeiten: Hausbesuche: ☐ ja ☐ nein

Sehhilfe, Hörgerät, Katheter, Stoma

☐ **Brille(n):** ☐ Brille: ☐ normal ☐ Gleitsicht ☐ bi/trifokal | Sehkraft: li.: re.:

☐ Lesebrille: ☐ normal ☐ Gleitsicht ☐ bi/trifokal | Sehkraft: li.: re.:

☐ **Kontaktlinsen:** ☐ weich ☐ hart | Sehkraft: li.: re.:

Pflegemittel:

Augenoptiker*in: | E-Mail:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Öffnungszeiten: | Hausbesuche: ☐ ja ☐ nein

☐ **Hörgerät:** ☐ links ☐ rechts | ☐ Im-Ohr-Gerät ☐ Hinter-dem-Ohr-Gerät | ☐ Akku

☐ Batterie: Typ: ☐ 10 ☐ 13 ☐ 312 ☐ 675 | In Betrieb seit: *(Bleistifteintrag)*

Hörgeräteakustiker*in: | E-Mail:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Öffnungszeiten: | Hausbesuche: ☐ ja ☐ nein

☐ **Dauerkatheter:** ☐ Transuretral ☐ Suprapubisch | Länge in cm:

Größe (Charrier): | Ballonfüllmenge in ccm:

Wechsel alle Wochen | Letzter Wechsel: *(Bleistifteintrag)*

☐ **Stomapatient:**

☐ Urostoma (künstlicher Blasenausgang)

☐ Enterostoma (künstlicher Darmausgang)

☐ Tracheostoma (künstlicher Zugang zur Luftröhre)

Wechselsystem: | Wechselrhythmus:

Zahnersatz siehe Seite 7

Sondenernährung, Herzschrittmacher, Prothetik

11

☐ **Sondenernährung**: ☐ Transnasale Magensonde

☐ Perkutane Gastrostomie PEG

☐ Perkutane endoskopische Jejunostomie

Vermittlung durch: ☐ Schwerkraft oder ☐ Pumpe

Sondennahrungshersteller und Lieferant:

Bezeichnung der Sondennahrung: ☐ kJ ☐ kcal /Tag:

☐ Flasche ☐ Beutel | Menge (ml):

☐ unverdünnt ☐ gemischt mit: ☐ Wasser ☐ Tee

Sondennahrungsmenge ml/Tag: | Durchflussmenge ml/ Std:

Wassermenge ml/Tag: | Durchflussmenge ml/ Std:

Reihenfolge: ☐ Sondennahrung – Wasser – Sondennahrung – Wasser

☐ Wasser – Sondennahrung – Wasser – Sondennahrung

Zusatzinformationen:

☐ **Herzschrittmacher:** ☐ ohne Defibrillator ☐ mit Defibrillator

☐ **Prothetik** (z. B. künstliche Gelenke):

Erkrankungen, Allergien, Infektionen, Hilfsmittel

☐ **Erkrankungen:**

☐ **Allergie(n):**

☐ **Infektionen:** ☐ MRSA/ORSA ☐ Tbc ☐ HIV ☐ Hepatitis Typ:

andere Infektionen:

Hilfsmittel:	**Lieferant/Sanitätshaus (Kontakdaten):**

Bedienungsanleitungen für Hilfsmittel befinden sich in einem gesonderten Ordner.
Bitte Ordner anlegen!

Persönliche Vorlieben

1. Kleidung:

2. Nahrung:

3. Getränke:

4. Musik / Kultur / Sonstiges:

Wichtige Adressen (Vollmachten, Schlüssel, Anwalt, Kirche)

Vollmachten für Post/Bank/Schließfach/Krankenkasse etc.: ☐ Kopie beigef.

Zweitschlüssel für Wohnung/Briefkasten/Auto/Garage:

Betreuungsunterlagen/Betreuer-Ausweis: ☐ Kopie beigef.

Rechtsanwalt/anwältin . Notar/in . Hausanwalt/anwältin:

Adresse:

Telefon: Mobiltelefon:

Kirchengemeinde:

Adresse:

Vertrauenspastor*in:

Telefon: Mobiltelefon:

Gemeindebüro:

Telefon: Mobiltelefon:

Testament: *(hinterlegt bei)*

Weitere wichtige Kontakte

*z. B. nahe Angehörige, Freund*innen, nahe Bekannte die z. B. bei Notfällen oder Krankenhausaufenthalt informiert werden sollen:*

1.

2.

3.

Notrufzentralen / Pflegenotaufnahme:

Beigefügte Unterlagen / Kopien

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht & Betreuungsverfügung

Patientenverfügung: ☐ vorhanden ☐ als Kopie beigefügt

hinterlegt bei:

Vorsorgevollmacht: ☐ vorhanden ☐ als Kopie beigefügt

hinterlegt bei:

Betreuungsverfügung: ☐ vorhanden ☐ als Kopie beigefügt

hinterlegt bei:

Bemerkung: *Wenn der/die Pflegebedürftige noch keines dieser sehr wichtigen Dokumente besitzt oder noch zu aktualisierende Entwürfe vorliegen, ist dringend geraten, die Erstellung so schnell wie möglich zu veranlassen.*

Beigefügte Kopien von:

☐ Personalausweis

☐ Reisepass

☐ Führerschein

☐ Gesundheitskarte / Versichertenkarte der Krankenkasse

☐ Schwerbehindertenausweis

☐ Blutspendepass

☐ Impfpass

☐ Organspendeausweis

☐ Bestattungsverfügung

☐ Medikationsplan

☐

☐

☐

Vordrucke und Formulierungshilfen / Textbausteine für Vollmachten, Testament, etc.
gibt es im Internet, bei Kirchen, im Pflegestützpunkt der Stadt / der Gemeinde und bei karitativen Organisationen.

Nützliche Links*

www.bmj.de
Bundesministerium für Justiz: Gute Quelle für Informationen und Formulare zu Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament, Betreungsrecht

www.bestattungsplanung.de
Der Vollständigkeit halber sei empfohlen, ggf. auch eine Bestattungsverfügung zu erstellen. Neben vielen nützlichen Hinweisen können hier Formblätter wie Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Bankvollmachten etc. kostenlos heruntergeladen werden.

www.kontinenz-gesellschaft.de
Hier können u. a. Toiletten- und Trinkprotokolle bezogen werden.

Notfalldose/Notfallkarte

Notfalldose: Enthält wichtige medizinische und persönliche Daten in Kurzform und wird zum besseren Auffinden im Kühlschrank des Haushalts aufbewahrt. Sie ist in der Regel in Apotheken gegen Entgelt zu erhalten oder unter: www.notfalldose.de.

Notfallkarte: Enthält wichtige persönliche und medizinische Daten in Kurzform und wird auf Ausweisgröße zusammengefaltet in der Geldbörse oder Handtasche oder im Auto z. B. hinter der Sonnenblende mitgeführt und ist damit immer dabei. Einige Krankenkassen bieten kostenlose Versionen zum Ausdrucken an.

Notfallkarte für pflegende Angehörige: Auch pflegende Angehörige sollten eine Notfallkarte bei sich tragen in der zusätzlich vermerkt ist, dass sie eine Person pflegen: „Achtung! Ich bin verantwortlich für eine hilfsbedüftige Person! Bitte benachrichtigen Sie sofort, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, mich um die hilfsbedürftige Person zu kümmern, folgende Vertretungsperson: ..... (Name und Telefonnummer) ..... (Name und Anschrift der hilfsbedürfigen Person). Eine Notfallmappe befindet sich: ..... (Adresse, genauer Aufbewahrungsort)." Ein Beispiel finden Sie hier: https://repos.rms2cdn.de/files/media-library/nfp/Notfall-Checkkarte.pdf

Füllen Sie die Notfallmappe bitte baldmöglichst aus und aktualisieren Sie diese zeitnah, denn sonst haben Sie leider nur Altpapier produziert – dabei könnte die Notfallmappe Leben retten – auch Ihres – wenn sie denn gut kenntlich in der Wohnung zu finden und aktuell gehalten ist!

** Für Links wird keine Haftung übernommen.*

Organspende / Organspendeausweis
Jede*r Mitbürger*in kann sich entscheiden, ob sie/er sich nach Eintritt des Todesfalles als Organspender*in zur Verfügung stellt oder nicht. Dafür ist ein Organspendeausweis entwickelt worden, den man z. B. bei seiner Krankenkasse bekommen oder diesen aus dem Internet ausfüllen und herunterladen kann. Der Organspendeausweis sollte z. B. wie ein Personalausweis bei sich getragen werden.

Organspende Vermerk in der Patientenverfügung
Die Frage des Organempfangs oder der Organspende kann auch in der Patientenverfügung oder auf andere Weise schriftlich erklärt werden. Empfang eines Spenderorgans: Jede*r Mitbürger*in kann sich zu Lebzeiten entscheiden, ob sie/er im Falle einer Erkrankung ein lebensrettendes Spenderorgan empfangen möchte oder nicht. Diese Entscheidung muss in Schriftform, z. B. in der Patientenverfügung, getroffen werden.

Schwerbehindertenausweis
Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem bestimmten Grad der Behinderung bei den Landessozialämtern beantragt werden und bringt den Schwerbehinderten eine ganze Reihe von Vergünstigungen, z. B.: Befreiung von den Rundfunk-/Fernsehgebühren, Ermäßigung für Fahrkarten, Vergünstigungen bei Eintrittspreisen, Telekomgebühren/Sozialtarif, Wohnberechtigungsschein, Altersrente, Vorteile bei Autofahrten mit besonderen Halte- und Parkbedingungen usw. Diese beispielhaft aufgeführten Vergünstigungen sind nicht vollständig. Es sollte nur auf diese Möglichkeiten hingewiesen sein. Genaue Informationen und das Prozedere der Antragstellung sind im Internet und bei den Sozialämtern zu erfahren. Auch in den Seniorenbüros der Städte und Landkreise kann man sachkundige Beratungen und ggf. entsprechende Formblätter erhalten.

Die Zusammenstellung der vorliegenden Notfallmappe wurde maßgeblich mitbestimmt aus den eigenen Erfahrungen der Mitglieder der Selbsthilfegruppe „Pflegende Angehörige Osnabrück" (Leitung Dr. Gisela Löhberg) und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Inhalte wurden von Herrn Gerd Diekherbers zusammengeführt. Es sei allen gedankt, die bei der Zusammenstellung mitgewirkt haben. Vorschläge zur Änderung oder Ergänzung der Inhalte sind immer sehr willkommen und werden ggf. von Zeit zu Zeit eingearbeitet. Kontakt: www.pflegende-angehoerige-os.de | Stand: 09.2023

Die Inhalte der Notfallmappe wurden wir pflegen e. V. freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Impressum:
Herausgeber dieser Ausgabe:
Bundesvorstand wir pflegen e. V.
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin

Layout und Digitalisierung:
www.lilien-feld.de | 09.2023

Ausfüllanleitung für die Notfallmappe

Bitte beachten Sie, dass die Notfallmappe nur ausgedruckt genutzt werden kann. Eine reine digitale Nutzung ist nicht zu empfehlen. Angehörige können ggf. nicht auf Ihr Endgerät zugreifen oder kennen den Speicherort nicht.

1
Laden Sie die Notfallmappe herunter

2
Öffnen Sie die Notfallmappe am PC / Smartphone / Tablet
Öffnen Sie das herunter geladene PDF. Falls Sie kein Programm zum Ausfüllen von PDF-Formularen haben, können Sie sich im Internet den kostenlosen Adobe Acrobat Reader herunter laden.

3
Ausfüllen der Notfallmappe
Sie können die Notfallmappe digital ausfüllen und dann ausdrucken oder erst ausdrucken und dann die Formulare handschriftlich bearbeiten.

3a
Digitales Ausfüllen
Die Notfallmappe kann auf dem Smartphone, dem Tablet-PC oder dem PC bearbeitet werden. Das Speichern auf einem Endgerät gibt Ihnen die Möglichkeit, jederzeit kleine Änderungen schnell durchzuführen und die gesamte Notfallmappe oder auch nur die aktualisierte Seite erneut auszudrucken.

- Füllen Sie alle infrage kommenden Felder aus.
- Überprüfen Sie alle eingetragenen Daten sorgfältig.
- Speichern Sie die ausgefüllte Notfallmappe auf Ihrem PC / Smartphone / Tablet.
- Drucken Sie die Notfallmappe aus.*
- Heften Sie die Seiten ab.**

3b
Handschriftliches Ausfüllen

- Drucken Sie die Notfallmappe aus.*
- Füllen Sie alle infrage kommenden Felder handschriftlich aus,
  am besten mit einem Kugelschreiber. Achten Sie dabei bitte auf eine saubere Handschrift.
- Heften Sie die Seiten ab.**

**** Ausdrucken der Notfallmappe***
Drucken Sie die Notfallmappe bitte nicht doppelseitig auf dünnem Papier aus. Dies spart zwar Papier, kann aber zur Unlesbarkeit durch das Durchscheinen der jeweils anderen Seite führen.

***** Abheften der Notfallmappe***
Wir empfehlen Ihnen, die ausgedruckten Seiten z. B. in einen roten Schnellhefter mit Klarsichtdeckel zu heften. Heben Sie die Notfallmappe an einem Ort auf, an dem sie im Notfall schnell gefunden werden kann, z. B. neben dem Festnetztelefon oder auf einer Kommode im Schlafzimmer.

Weitere Informationen