UK NRW

Notfallcheckliste für pflegende Angehörige und die hilfsbedürftige Person

Angaben zur/zum pflegenden Angehörigen

Name, Vorname: Geburtsdatum:		Adresse:
Familienstand:	Blutgruppe:	Telefonnummer:

Im Notfall benachrichtigen Sie weitere Personen (z. B. Verwandte/Freunde u.s.w.) sofort:

Name: Adresse: Telefonnummer:	Name: Adresse: Telefonnummer:

Sonstiges: Ich bin verantwortlich für: ☐ eine hilfsbedürftige Person ☐ zu versorgende Kinder ☐ Haustiere Art:	Mein Hausarzt: Weitere Ärzte:
Wichtige Dokumente: ☐ Bankvollmacht ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht ☐ _____	Krankenkasse: Krankenversicherungsnummer:
Ich habe folgende Erkrankungen: Wichtige Hinweise: ☐ Sprachbehinderung ☐ Sehbehinderung ☐ Schwerhörigkeit ☐ Körperliche Einschränkungen: _____	Ich nehme folgende Medikamente:
Ein Wohnungs -/Haustürschlüssel befindet sich bei: Name: Adresse: Telefonnummer:	Termine, die abgesagt werden müssen (bitte informieren):
Weitere Informationen (eigene Notfalltasche etc.): Info unter: www.unfallkasse-nrw.de/pflegende-angehoerige/Einen Krankenhausaufenthalt vor-und nachbereiten	Sonstiges:

UK NRW

Notfallcheckliste für pflegende Angehörige und die hilfsbedürftige Person

Angaben zur hilfsbedürftigen Person

Name, Vorname:	Adresse:
Geburtsdatum:	
Wichtige Hinweise: ☐ Schwerhörigkeit ☐ Sprachbehinderung ☐ Geistige Beeinträchtigung ☐ Sehbehinderung ☐ Bettlägerig ☐ _____ ☐ _____	Erkrankungen: Blutgruppe: Medikamente (und Dosierung): Aufbewahrungsort:
Hausarzt:	Krankenkasse: Krankenversicherungsnummer:
Weitere Ärzte:	Die Krankenversichertenkarte befindet sich: Es besteht der Pflegegrad ___ seit _____ ___ Es liegt eine Schwerbehinderung vor: ☐ ja ☐ nein Der Schwerbehindertenausweis befindet sich:
Weitere betreuende, pflegende Personen und Institutionen: ☐ Pflegende und betreuende Personen _____ ☐ Tagespflege _____ ☐ Kurzeitpflege _____ ☐ Besucherdienste _____ ☐ _____	Die Notfalltasche befindet sich: Info unter: www.unfallkasse-nrw.de/pflegende-angehoerige/ Einen Krankenhausaufenthalt vor-und nachbereiten
Regelmäßige Termine: ☐ Dialyse _____ ☐ Physiotherapie _____ ☐ Logopädie _____ ☐ Weitere Therapien _____	Folgende Hilfsmittel sind vorhanden: ☐ Hörgerät ☐ Rollator ☐ Brille ☐ Rollstuhl ☐ Gehstock ☐ u.s.w. _____
Sonstiges (z. B. Absprache mit der Kurzzeitpflege, wichtige Hinweise für den Alltag):	