

Notfallmappe

für:

Id.- Nr.:

Patientenverfügung vorhanden

Kopie als Anlage

Vorsorgevollmacht vorhanden

Kopie als Anlage

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

Polizei: 110

Feuerwehr: 112

Pflegedienst:

Ärztl. Notdienst:

weitere:

Zusammengestellt von Gerd Diekherbers für die Selbsthilfegruppe Pflegende
Angehörige Osnabrück www.pflegende-angehoerige-os.de
unter der Leitung von Dr. Gisela Löhberg
Stand: 24.11.2014

Vertrauliche Daten der zu pflegenden Person!

Pflegebeginn:

Vorname: Nachname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Straße und Haus- Nr.:

PLZ: Wohnort:

Telefon: Mobiltelefon:

Familienstand: allein lebend verheiratet verwitwet.

lebt zus. mit Ehe- / Lebenspartner:

Konfession: ev. - luth. r.- kath. Andere:

Körpergröße: cm Gewicht: kg Blutgruppe:

Konfektionsgröße : Schuhgröße: Hutgröße:

Kraftfahrzeug: Typ u. Farbe: Kennzeichen:

Garage: Damenrad.: Herrenrad.: Rahmen- Nr. /Farbe:

Personalausweis: Nr.: Kopie beigeft.:

Reisepass: Nr.: Kopie beigeft.:

Behindertenausweis: unbefristet befristet beantragt: am:

Merkzeichen : **aG** **G** **B** **H** **BI** **RF** Kopie: beigeft.

Organspenderpass : Kopie: beigeft. **Kein Organspender:**

Krankenversichert bei : AOK LKK BKK IKK VdAK
 AEV Knappschaft TKK

Andere:

Privat versichert bei:

KV- / VS- Nr.: Kopie: beigeft.

Name und Anschrift der Krankenversicherung:

Straße/ Hs-Nr.: PLZ:

Ort: Telefon:

Mobiltelefon: Sachbearbeiter/in:

Zusatzversicherung bei:

für Kh...-Tagegeld Einbettzimmer Zweibettzimmer Chefarztbehandl.

sonstige Leistungen:

Pflegeversicherung:

Pflegestufe: keine 0 1 2 3 Höherstufung:

beantragt seit:

Pflegende Personen (Hauptpflegeperson unter 1. eintragen)

1.

Stand zum Patienten: Tochter Sohn Ehefrau Ehemann Lebenspartner/in

Sonstiger: im Hause:

Telefon: Mobiltelefon :

Wohnhaft:

weitere Informationen:

Pflegende Personen:

2.

Stand zum Patienten: Tochter Sohn Ehefrau Ehemann Lebenspartner/in

Sonstiger: im Hause:

Telefon: Mobiltelefon:

Wohnhaft:

weitere Informationen:

Weitere Angehörige, Nachbarn oder Pflegekräfte:

Telefon: Mobiltelefon :

Pflegedienst:

Ort: Straße:

Erreichbar: rund um die Uhr: von : bis:

Telefon: Mobiltelefon :

Pflegezeiten: täglich wöchentlich vormittags nachmittags abends
Mo Di Mi Do Fr Sa So

in der Zeit: morgens: mittags: abends:

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

Tagespflegeeinrichtung:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

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

Abholzeit: Rückkehrzeit: Fahrdienst Taxi

Fahrdienst / Transport:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Ansprechpartner:

Taxiunternehmen:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Ansprechpartner:

Hausarzt:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Praxisöffnungszeiten: Hausbesuche: nein ja

Zahnarzt:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Praxisöffnungszeiten:

Hals-Nasen-Ohrenarzt:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Praxisöffnungszeiten:

Augenarzt:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Praxisöffnungszeiten:

1. Facharzt:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Praxisöffnungszeiten:

2. Facharzt:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Praxisöffnungszeiten:

3. Facharzt:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Praxisöffnungszeiten:

1. Krankenhaus :

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

letzter Aufenthalt von - bis:

Grund:

2. Krankenhaus :

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

letzter Aufenthalt von - bis:

Grund:

Kur / Reha :

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

letzter Aufenthalt von - bis:

Grund:

Klinik- / Reha - Aufenthalte in letzter Zeit:

1.

2.

3.

4.

Fußpflege/ Podologe:

Telefon: Mobiltelefon :

Praxisöffnungszeiten:

Hausbesuche: nein ja

Physiotherapie/ -Therapeut/in:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Behandlungszeiten:

Hausbesuche: nein ja

Ergotherapie/ -Therapeut/in:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Behandlungszeiten:

Hausbesuche: nein ja

Neuro / Logopädie-/ Therapeut/ in :

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Behandlungszeiten:

Hausbesuche: nein ja

Apotheke:

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Öffnungszeiten:

Frisör: **Telefon:**

Hausbesuche: nein ja

Augenoptiker:

Ort: **Straße:**

Telefon: **Mobiltelefon :**

Brillen: Lesebrille.: normal : Stärke:

Fernbrille.: normal : Gleitsicht Stärke:

Kontaktlinsen: links: rechts: weich: hart: Stärke:

Brillenpflegemittel:

Zahnersatz: oben : **fest eingesetzt:** herausnehmbar:

unten: **fest eingesetzt:** herausnehmbar:

Pflegemittel:

Hörgeräte: links: rechts: Batterietyp: Größe **10** **13** **312** **675**

In Betrieb seit: **Hörgeräteakustiker:**

Ort: **Straße:**

Telefon: **Mobiltelefon :**

Öffnungszeiten:

Dauerkatheter: Transuretral Suprapubisch Länge in cm:

Größe (Charrier): Ballonfüllmenge in ccm :

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

Stomapatienten:

Urostoma (Künstlicher Blasenausgang):

Enterostoma (Künstlicher Darmausgang):

Tracheostoma (künstlicher Zugang zur Luftröhre):

Wechselsystem:

Wechselrhythmus:

Sondenernährung: Transnasale Magensonde
Perkutane Gastrostomie **PEG**
Perkutane endoskopische Jejunostomie

Vermittlung durch: **Schwerkraft** oder **Pumpe**

Sondennahrungshersteller:

Bezeichnung der Sondennahrung: kcal/Tag:

Flascheninhalt (ml) : unverdünnt: gemischt mit : Wasser Tee

in besonderem Behälter Sondennahrungsmenge / Tag in ml :

Wassermenge / Tag in ml: **Durchflußmenge / Stunde** in ml :

Reihenfolge : Sondennahrung - Wasser - Sondennahrung - Wasser

oder Wasser - Sondennahrung - Wasser - Sondennahrung

Zusatzinformationen:

Sonstige Prothetik / Künstliche Gelenke / Herzschrittmacher etc.:

Diabetes : **Typ:** **Allergien:**

Infektionen: keine bekannt: **MRSA/ Orsa** **Tbc** **HIV**

Hepatitis: **Typ:** **andere Infektionen:**

Diagnosen:

1.
 2.
 3.
 4.
 5.
-

Zusammenstellung der Hilfsmittel:

- | | | | |
|-----|----------------------|------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 7. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 8. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 9. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |
| 10. | <input type="text"/> | Lieferant: | <input type="text"/> |

Bedienungsanleitungen für Hilfsmittel befinden sich in einem besonderen Ordner:

→ "Bedienungsanweisungen für Hilfsmittel"

→ "Kontakt Daten des/r Sanitätshauses/- häuser für Service u. Reparaturen"

Vollmachten für Post / Bank / Krankenkasse etc. ggf. als Kopie anheften:

Zweitschlüssel für Wohnung / Auto / Garage hinterlegt bei:

Betreuungsunterlagen / Betreuer- Ausweis ggf. als Kopie anheften:

Rechtsanwalt / Notar (Hausanwalt):

Ort: Straße:

Telefon: Mobiltelefon :

Kirchengemeinde:

Ort: Straße:

Vertrauens- Pastor/ in :

Telefon: Mobiltelefon :

Gemeindebüro:

Telefon: Mobiltelefon :

Persönliche Vorlieben

Kleidung:

Nahrung:

Getränke:

Musik / Kultur / Sonstiges:

Wichtige Telefonnummern

z.B. nahe Angehörige, Freunde/Freundinnen, nahe Bekannte:

1.

2.

3.

4.

5.

Notrufzentralen / Pflegenotaufnahme:

Medikationsplan für:

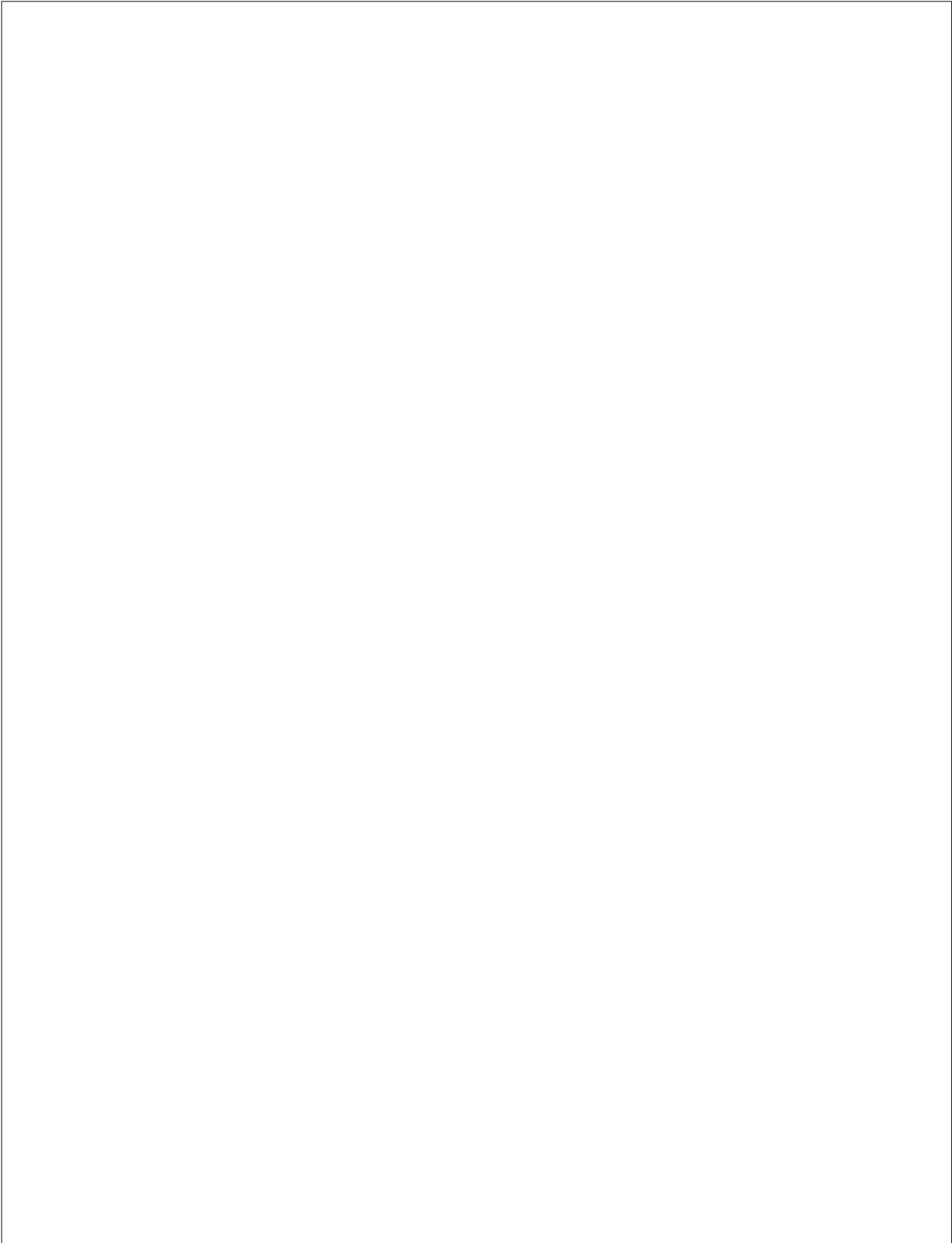
Stand:

Lfd. Nr.	Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen z.B. vor (V) zu (Z) nach den Mahlzeiten (N)
1	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
2	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
3	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
4	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
5	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
6	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
7	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
8	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	

Bemerkungen zum Medikationsplan – **Wichtige Hinweise auf**

Allergien gegen folgende Stoffe / Medikamente:

Sonstige Angaben:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for providing additional information or notes. It occupies most of the page's vertical space below the header.

Vordrucke und Formulierungshilfen gibt es im Internet, bei Kirchen, im Seniorenbüro der Stadt / der Gemeinde und bei karitativen Organisationen etc.

Nützliche Links, für die keine Haftung übernommen wird:

- **Ausscheidungsplan:** www.kontinenz-gesellschaft.de
- Der Vollständigkeit halber sei empfohlen, ggf. auch eine **Bestattungsverfügung** zu erstellen. Neben vielen nützlichen Hinweisen können dort Formblätter wie Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Bankvollmachten etc. kostenlos heruntergeladen werden : www.bestattungsplanung.de
- Gute Quelle für **Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament:** Bundesministerium für Justiz: www.bmj.de
- Weitere Links:
-

Vorschläge zur Änderung oder Ergänzung sind sehr willkommen www.pflegende-angehoerige-os.de (Kontakt) und werden ggf. von Zeit zu Zeit in das vorhandene Formblatt eingepflegt.

Die Erstellung der vorliegenden Notfallmappe wurde maßgeblich mitbestimmt aus den eigenen Erfahrungen der Mitglieder der Selbsthilfegruppe „Pflegerische Angehörige Osnabrück“ und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

An dieser Stelle sei allen gedankt, die bei der Zusammenstellung mitgewirkt haben!

Anlagen zur Notfallmappe:

Kopie Personalausweis:

Kopie Reisepass:

Kopie Führerschein:

Kopie Gesundheitskarte

Kopie Schwerbehindertenausweis:

Kopie Blutspenderpass:

Kopie Impfpass:

Kopie Organspenderpass :

Kopie Bestattungsverfügung

Testament hinterlegt bei:

Weitere wichtige Dokumentenkopien:

Kopie Patientenverfügung:

Kopie Vorsorgevollmacht:

Bemerkung: Wenn der / die Pflegebedürftige noch keines von beiden sehr wichtigen Dokumenten besitzt oder noch zu aktualisierende Entwürfe vorliegen, ist dringend angeraten, die Erstellung so schnell wie möglich zu veranlassen

- denn noch ist Zeit!