

# Notfallmappe

für:

Id.- Nr.:

siehe letzter Steuerbescheid

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](http://www.pflegende-angehoerige-os.de)  
unter der Leitung von Dr. Gisela Löhberg  
Stand: 01.01.2017

**Medikationsplan** für:

**Bitte den von Arzt oder Apotheke erstellten aktuellen**

**Medikationsplan einlegen/-heften !**

Stand:

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

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

**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: beigelegt

**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:**

**Pflegegrad:** 1  2  3  4  5  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 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 Blasenaustritt):

Enterostoma ( Künstlicher Darmaustritt):

Tracheostoma (künstlicher Zugang zur Luftröhre):

**Wechselsystem:**

**Wechselrhythmus:**



**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.

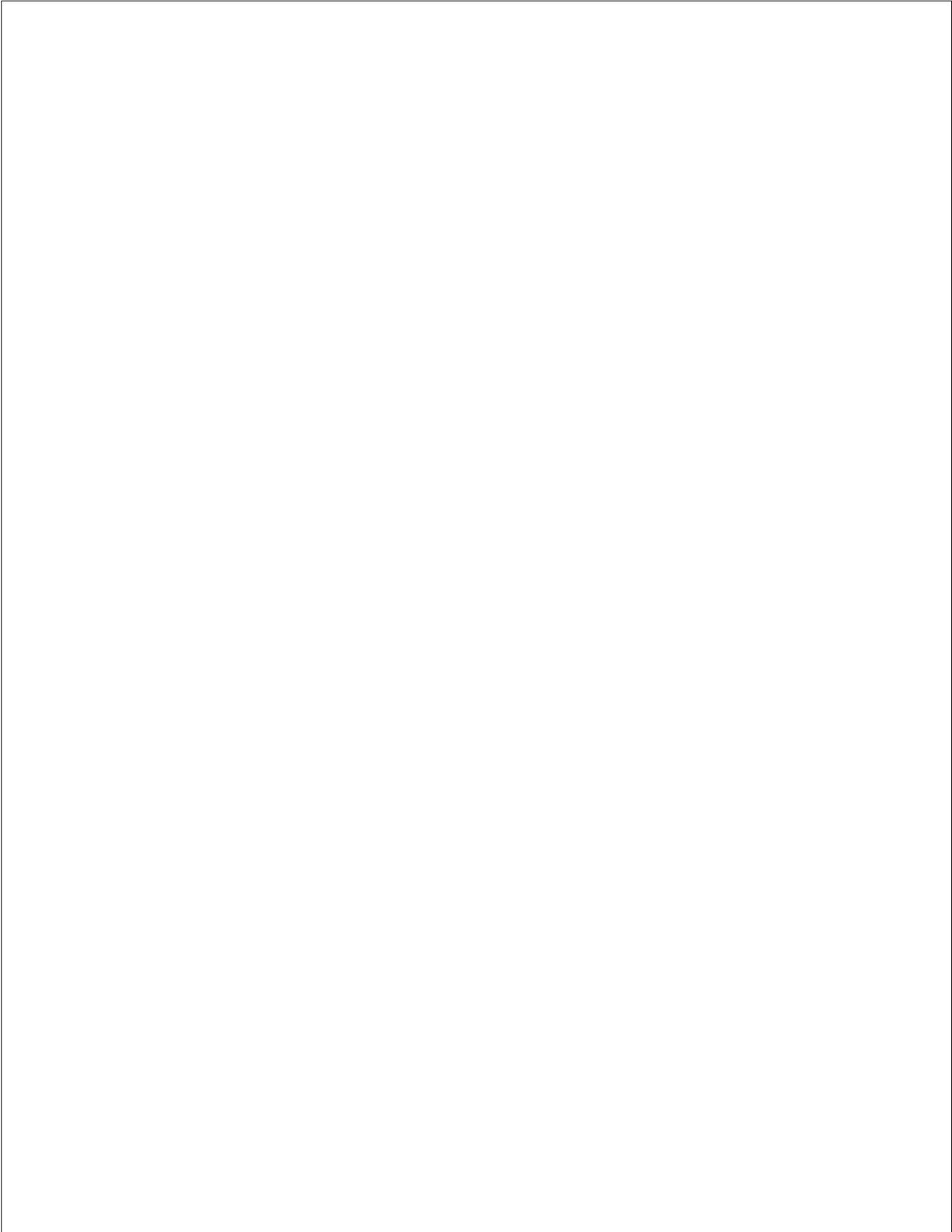
3.

4.

5.

**Notrufzentralen / Pflegenotaufnahme:**

**Sonstige Angaben:**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for providing additional information or notes. The box is currently blank.

**Nützliche Links, für die keine Haftung übernommen wird:**

→ **Ausscheidungsplan:** [www.kontinenz-gesellschaft.de](http://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](http://www.bestattungsplanung.de)

→ Gute Quelle für **Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament:** Bundesministerium für Justiz: [www.bmj.de](http://www.bmj.de)

**Vordrucke und Formulierungshilfen** gibt es im Internet,

→ bei Kirchen, im Seniorenbüro der Stadt / der Gemeinde

→ und bei karitativen Organisationen etc.

Vorschläge zur Änderung oder Ergänzung sind sehr willkommen

[www.pflegende-angehoerige-os.de](http://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!**