Notfallcheckliste für pflegende Angehörige

Name, Vorname:		Adresse:
Geburtsdatum: Familienstand:	Blutgruppe:	Telefonnummer:
Im Notfall benachrichtigen Sie bitte sofort: Name: Anschrift: Telefonnummer:		
Sonstiges: Ich bin verantwortlich für: ○ hilfsbedürftige Person ○ zu versorgende(s) Kind(er) ○ zu versorgende(s) Haustier(e) Art:		Mein Hausarzt: Weitere Ärzte:
Wichtige Dokumente (Vollmachten, Verfügungen) befinden sich:		Krankenkasse: Krankenversicherungsnummer:
Ich habe folgende Erkrankungen:		Ich nehme folgende Medikamente:
Ein Wohnungs- /Haustürschlüssel befindet sich bei: Name: Anschrift: Telefonnummer:		Ich nehme folgende regelmäßige Termine wahr: (bitte informieren)
Weitere Informationen (eigene Notfalltasche etc.):		Sonstiges:

KNIESCHE
Bleib in Bewegung

www.kniesche.de/service