



Ich versorge einen Pflegebedürftigen, hier sind Angaben zu meiner Person

Mein Name ist	
Straße	
Ort	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	

Ich selbst bin erkrankt an

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Diabetes	

Diese Medikamente nehme ich regelmäßig

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bei Bedarf nehme ich diese Medikamente zusätzlich

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Hausärztin/ Hausarzt des pflegenden Angehörigen

Name	
Straße	
Ort	
Telefon	



Ich versorge einen Pflegebedürftigen, hier sind Angaben zu meiner Person

Bitte verständigen Sie

Name	
Beziehung	
Telefon Festnetz privat	
Telefon Festnetz geschäftlich	
Telefon mobil	
Vollmacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kann im Notfall bei der Pflege einspringen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die genannte Kontaktperson willigt ein, dass ihre personenbezogenen Daten (z.B. Name, Telefonnummern) verwendet werden dürfen um die Versorgung des Pflegebedürftigen zu organisieren.

Ort, Datum Unterschrift der Kontaktperson

Bitte folgende Dinge beachten



PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON

Name	
Straße	
Ort	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	



<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Diagnosen der pflegebedürftigen Person

<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>



Diese Medikamente werden regelmäßig eingenommen

- Die Medikamenteneinnahme erfolgt selbständig
- Die Medikamente werden gerichtet von _____
- Die Medikamente müssen gemörsert werden

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bei Bedarf werden diese Medikamente zusätzlich eingenommen

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts





Hilfsmittel für pflegebedürftige Person

<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Gebiss	<input type="checkbox"/> Greifhilfe
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Gehbock	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Lagerort

Der Vorrat für	Ort
Medikamente	
Desinfektionsmaterial	
Inkontinenzmaterial	



Hausärztin/ Hausarzt der pflegebedürftigen Person

Name	
Straße	
Ort	
Telefon	

Pflegedienst – kommt immer _____

Name	
Straße	
Ort	
Telefon	

Tagespflege– wird besucht _____

Name	
Straße	
Ort	
Telefon	

Weitere wichtige Dienstleister – was? _____

Name	
Straße	
Ort	
Telefon	

Name	
Straße	
Ort	
Telefon	



PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON

Tagesstruktur

Morgens

Vormittags

Mittags

Nachmittags

Abends

Nachts

Die pflegebedürftige Person willigt ein, dass ihre personenbezogenen Daten (z.B. Name, Telefonnummern, Informationen rund um die Pflege) verwendet werden dürfen um die eigene Versorgung zu organisieren.

Ort, Datum Unterschrift der pflegebedürftigen Person / Bevollmächtigte/r / Betreuer/in

Das sollte beachtet werden...

