

IM NOTFALL

Dossier der betreuende Person

Regelmässig aktualisieren und jederzeit aufbewahren

Wenn Sie ein aktuelles Notfall-Dossier haben, können andere Personen Ihren Angehörigen leichter weiter unterstützen, wenn Sie plötzlich nicht mehr dazu in der Lage sind. Sie haben dann sofort alle notwendigen Informationen zur Hand. Das gibt Ihnen Sicherheit und macht die Situation für die betreute Person sicherer.

Es kann passieren, dass Sie plötzlich nicht mehr in der Lage sind, Ihren Angehörigen zu unterstützen, sei es für eine kurze Zeit oder für längere Zeit. Das Dossier muss daher alle wichtigen Informationen enthalten, damit andere Personen problemlos einspringen können.

Praktische Tipps

- Bereiten Sie diesen Ordner vor, solange alles in Ordnung ist. Wenn möglich, erstellen Sie ihn zusammen mit der betreuten Person, fragen Sie sie um ihre Meinung und Zustimmung. Lassen Sie sich gegebenenfalls von einem Fachmann oder einer Fachfrau helfen.
- Speichern Sie den Ordner auf Ihrem Computer oder Ihrem Telefon. So können Sie ihn leicht ändern oder per E-Mail versenden. Drucken Sie mehrere Kopien aus und bewahren Sie eine davon an einem leicht zugänglichen Ort auf.
- Geben Sie den Ordner allen Personen, die im Notfall helfen könnten: Notfallkontakte, Familienmitglieder, Freunde usw.
- Vergessen Sie nicht, ihn auch den Ärzten und Fachkräften zu geben, die Ihre Angehörige betreuen.
- Denken Sie daran, den Ordner regelmässig zu aktualisieren, insbesondere wenn sich die medizinische Situation oder die Kontakte ändern. Sie können den Ordner auf dem Computer ändern oder eine neue Seite mit den Änderungen hinzufügen. Notieren Sie das Datum jeder Aktualisierung und geben Sie die aktualisierte Version an alle Beteiligten weiter.
- Bitte beachten Sie, dass persönliche medizinische Informationen dem Datenschutz unterliegen.

Inhalt

1. Informations sur la personne dont je m'occupe (à cocher)..... **Erreur ! Signet non défini.**
2. Contacts en cas d'urgence 3
3. Réseau d'aide, médecin de famille 4
4. Caisse maladie..... **Erreur ! Signet non défini.**
5. Informations médicales sur la personne aidée..... **Erreur ! Signet non défini.**
6. Besoins en soins et en assistance..... **Erreur ! Signet non défini.**
7. Dispositions existantes **Erreur ! Signet non défini.**

1. Angaben zur betreuten Person (Ankreuzen)

- ☐ Lebt allein
- ☐ Lebt mit mir zu Hause, besucht aber tagsüber eine Tagesinstitution.
- ☐ Lebt mit mir zu Hause
- ☐ Lebt dauerhaft in einem Heim

Name und Vorname

Geburtsdatum

Wohnadresse / Tagesinstitution

Adresse des Heims

Telefon

Gesprochene Sprache

Sie hat ein schlechtes Gehör (ja / nein)

Sie leidet an Demenz oder anderen kognitiven Störungen

2. Kontakte im Notfall

Meine Kontaktdaten

Beziehung zu der Person, um die ich mich regelmässig kümmere/helfe (Partner, Eltern, usw.)

Adresse

Direkte Telefonnummer

E-Mail

Mein.e Stellvertreter.in Nr. 1

Die Beziehung zu der Person, um die er oder sie sich regelmässig kümmert/hilft (Partner, Eltern, usw.)

Adresse

Direkte Telefonnummer

E-Mail

Mein.e Stellvertreter.in No. 2

Beziehung zu der Person, um die ich mich regelmässig kümmere/helfe (Partner, Eltern, usw.)

Adresse

Direkte Telefonnummer

E-Mail

Wenn mir etwas passiert

Ich wünsche mir, dass meine Vertretung im Notfall die folgenden Dinge macht oder weiss. Dieser Punkt betrifft einige Details der Organisation, zum Beispiel wo der Schlüssel versteckt ist, den Code des Schlüsselsafes, die Vollmacht der Bank, wertvolle Gegenstände, die in Sicherheit gebracht werden müssen, Tiere, die gefüttert werden müssen, usw.

--

3. Versorgungsnetz, Hausarzt

1. Familie / Freunde / Nachbarn (Name Vorname)

Direkte Telefonnummer

E-mail

Familie / Freunde / Nachbarn (Name Vorname)

Direkte Telefonnummer

E-mail

Referenzarzt (Hausarzt)

Direkte Telefonnummer

E-mail

Adresse

Spitex / Apotheke :

Direkte Telefonnummer

E-Mail

4. Krankenkasse

Name

Versichertennummer :

Direkte Telefonnummer

E-Mail

5. Medizinische Informationen zur betreuten Person

(Nicht ausfüllen, wenn in Institution oder Pflege durch Spitex/Palliative Care).

Krankheiten und Behandlungen

--

Allergien auf Medikamente oder medizinische Pflegeprodukte

--

Medikamentenliste

Name Medikament	Dosis / Zeitpunkt	Andere Informationen

6. Betreuungs- und Pflegebedarf

Die Person, die ich betreue, braucht folgende Unterstützung:

- | | |
|---|--|
| ☐ Vollzeit-Betreuung | ☐ Hilfe bei Körperpflege |
| ☐ Regelmässige Besuche | ☐ Hilfe beim Toilettengang |
| ☐ Spaziergänge im Freien | ☐ Planung der Medikamente |
| ☐ Lesen von Briefen, Zeitung | ☐ Einnahme von Medikamenten |
| ☐ Professionelle medizinische Behandlungen | ☐ Psychische Begleitung |
| ☐ Mahlzeitendienst | ☐ Andere : <input type="text"/> |
| ☐ Hilfe beim Aufstehen und Anziehen | ☐ Andere : <input type="text"/> |
| ☐ Hilfe beim Essen | |

Ihre Hilfsroutine

Kurz gesagt, wie sieht Ihr typischer Tagesablauf aus, wenn Sie Ihre Hilfe leisten?

Ernährung, Kommunikation

Gibt es bestimmte Lebensmittel oder Getränke, die Ihr Angehöriger besonders mag oder überhaupt nicht mag?

Hat er oder sie Lebensmittelallergien?

Was ist bei Fehlern die richtige Reaktion und welche Strategien beruhigen Ihren Angehörigen?

Wenn Ihr Angehöriger an kognitiven Störungen oder Demenz leidet, was funktioniert gut, um mit ihm oder ihr in Kontakt zu treten?

7. Vorhandene Verfügungen

Bitte geben Sie an, welche Verfügungen der betreuten Person bestehen und wo sie abgelegt/zu finden sind. Überlegen Sie, ob jetzt der richtige Zeitpunkt wäre, sie zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.

Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten

☐ Ja Datum letzter Aktualisierung

☐ Nein

☐ Weiss nicht

Wo können andere diese Verfügung finden?

Patientenverfügung

☐ Ja Datum letzter Aktualisierung

☐ Nein

☐ Weiss nicht

Wo können andere diese Verfügung finden?

Testament / Letztwillige Verfügung

☐ Ja Datum letzter Aktualisierung

☐ Nein

☐ Weiss nicht

Wo können andere diese Dokumente finden?