

NOTFALLPLAN

Indem ich diesen Notfallplan ausfülle und regelmässig aktualisiere, stelle ich sicher, dass die Hilfe für meinen Angehörigen kontinuierlich weitergeführt wird. Sollte ich plötzlich nicht mehr verfügbar sein, können die von mir benannten und informierten Vertrauenspersonen die Betreuung übernehmen, da sie über alle notwendigen Informationen verfügen.

1. VORGEHEN

- Ich ergänze den Notfallplan, indem ich meinen Angehörigen, soweit möglich, einbeziehe.
- Ich bewahre eine Kopie des Plans im Haus der betreuten Person auf und gebe eine Kopie an alle Notfallkontakte weiter. Ich kann ihn auch anderen Familienmitgliedern oder Freunden, die möglicherweise eine Vertretung übernehmen könnten, zur Verfügung stellen.
- Ich denke daran, den Plan regelmässig zu aktualisieren und alle betroffenen Personen über eventuelle Änderungen zu informieren.
- Ich beantrage die Notfallkarte beim Verein «Betreuende Angehörige Wallis» über dessen Website. Sie wird mir kostenlos ausgehändigt und ich trage sie immer bei mir.

2. KONTAKTDATEN DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

Name und Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
PLZ und Ort:
E-Mail-Adresse:
Sprache:

3. KONTAKTDATEN DER UNTERSTÜTZTEN PERSON

Name und Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
PLZ und Ort:
E-Mail-Adresse:
Sprache:
Datum, an dem der Plan ausgefüllt wurde:

4. NOTFALLKONTAKTE

Name : Vorname :
Telefon : E-Mail :

Name : Vorname :
Telefon : E-Mail :

5. FACHPERSONEN IM GESUNDHEITS- ODER SOZIALWESEN

Arzt der betreuten Person:

Name : Vorname :
Telefon : E-Mail :

Organisation der Pflege zu Hause oder selbstständige Pflegefachperson
der betreuten Person - Soziale Einrichtung:

Name : Vorname :
Telefon : E-Mail :

6. BESCHREIBUNG DER UNTERSTÜTZTEN PERSON

Wenn mir etwas zustösst, möchte ich, dass mein Stellvertreter Folgendes
tut oder weiss:

Leidet die betreute Person an neurokognitiven Störungen wie Alzheimer,
Hirnverletzungen oder ähnlichen Erkrankungen?

Welche Kommunikationsmittel sollen verwendet werden?

An welchen Störungen, Krankheiten oder Behinderungen leidet die
betreute Person?

Hat die betreute Person Gewohnheiten oder Rituale, die beachtet werden
müssen?

7. BESCHREIBUNG DER UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE BETREUTE PERSON

Antwort mit Ja oder Nein und gegebenenfalls nähere Angaben:

Gibt es bereits ein Informationsdokument, in dem die Bedürfnisse der betreuten Person zusammengefasst sind? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wo befindet es sich oder wer kann es übermitteln?

Nur auszufüllen, wenn keine Unterlagen verfügbar sind.

Vollzeitbetreuung: ☐ ja ☐ nein
• Während des Tages ☐ ja ☐ nein
• Während der Nacht ☐ ja ☐ nein

Professionelle Pflege ☐ ja ☐ nein

Regelmässige Besuche ☐ ja ☐ nein

Besuch einer Tagesstruktur ☐ ja ☐ nein
Falls ja, Häufigkeit und Tag:

Entlastung zu Hause
(SMZ oder Rotes Kreuz Wallis) ☐ ja ☐ nein
Falls ja, Häufigkeit und Tag:

Hilfe beim Essen: ☐ ja ☐ nein

Besondere Ernährung: ☐ ja ☐ nein

Sehhilfe (Brille): ☐ ja ☐ nein

Hilfe bei der Mobilität: ☐ ja ☐ nein
Falls ja, Angabe zum Gerät:

Hören (Hörgerät) ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche Seite:

Hilfe beim Toilettengang: ☐ ja ☐ nein
Verwendung von Schutzvorrichtungen ☐ ja ☐ nein

Hilfe beim Duschen/Baden: ☐ ja ☐ nein
Hilfe bei der Zahnhygiene: ☐ ja ☐ nein

Einnahme von Medikamenten: ☐ ja ☐ nein
Vorhandensein eines Wochenplaners ☐ ja ☐ nein
Falls ja, bitte den Standort angeben:
Wer füllt diesen nach?

Hilfe beim Aufstehen aus dem Bett: ☐ ja ☐ nein

Hilfe beim Zubettgehen: ☐ ja ☐ nein

Hilfe beim Ruhen (Siesta): ☐ ja ☐ nein

Diabetes: ☐ ja ☐ nein

Allergien gegen Medikamente/medizinische Behandlungen:
☐ ja ☐ nein

8. BESTEHENDE BESTIMMUNGEN

Vorsorgeauftrag: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, Datum der letzten Aktualisierung: :

Falls ja, wo finde ich diese Richtlinien?

Behandlungsplan: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, Datum der letzten Aktualisierung:

Falls ja, wo finde ich diesen Behandlungsplan:

Ist ein Notrufsystem vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Name des Anbieters:

Allgemeine Anmerkungen und Empfehlungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich und verpflichte mich, diesen Notfallplan an die auf Seite 2 angegebenen Notfallkontakte weiterzuleiten.

Ort und Datum:

Unterschrift der pflegenden Person:
.....

Unterschrift der betreuten Person (falls möglich):
.....