

Individuelle Checkliste

Pflegebedürftige Person

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Pflegeperson

Name, Vorname: _____

Telefonnummer(n): _____

Benötigtes Material	vorhanden
Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/>
Einmalunterlagen	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>
Schnabeltasse/Schnabelbecher	<input type="checkbox"/>
Verbandsmaterial	<input type="checkbox"/>
Insulinspritzen	<input type="checkbox"/>
Blutzuckermessgerät	<input type="checkbox"/>
Batterien	<input type="checkbox"/>
Teststreifen	<input type="checkbox"/>
Lanzetten	<input type="checkbox"/>

Benötigtes Material	vorhanden
Blutdruckmessgerät	<input type="checkbox"/>
Abwurfbehälter	<input type="checkbox"/>
Geruchsverschießende Müllbeutel	<input type="checkbox"/>
Künstliche Tränenflüssigkeit	<input type="checkbox"/>
Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/>
Batterien für Lupe	<input type="checkbox"/>
Batterien für Hörgerät	<input type="checkbox"/>
Prothesenreiniger	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Wichtige Medikamente:

Weiteres:

überprüft am: _____

Datum, Unterschrift: _____