

Lfd. Nr.		Checkliste – Evakuierung – Einzelperson			Tag.Mon.Jahr	
Name				Kontakt Einrichtung Betreuer		
Anschrift				med. / phys. / psych. Besonderheiten		
1. Identifikation / med. Belange						
Gegenstand		Bemerkungen		Gegenstand		Bemerkungen
Ausweis/Pass	<input type="checkbox"/>			Rollstuhl/Gehilfe	<input type="checkbox"/>	Markiert?
and. Dokumente	<input type="checkbox"/>			Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	
Krankenkarte	<input type="checkbox"/>			Hörhilfe	<input type="checkbox"/>	
Geldkarte/Bargeld	<input type="checkbox"/>	Summe		Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	
Telefon	<input type="checkbox"/>			and. Prothesen	<input type="checkbox"/>	Welche?
Pflegedoku	<input type="checkbox"/>			IKM	<input type="checkbox"/>	
Medikamente / Verbandsmaterial	<input type="checkbox"/>	Was fehlt?		and. med. Geräte	<input type="checkbox"/>	Welche?
				Wasser / Essen	<input type="checkbox"/>	
2. weitere personenbezogenen Gegenstände						
Kleidung		Bemerkungen		Hygiene		Bemerkungen
Unterwäsche	<input type="checkbox"/>			Handtuch	<input type="checkbox"/>	
Socken	<input type="checkbox"/>			Waschlappen	<input type="checkbox"/>	
Hose/Rock	<input type="checkbox"/>			Duschbad/Seife	<input type="checkbox"/>	
Pullover	<input type="checkbox"/>			Deo	<input type="checkbox"/>	
Jacke	<input type="checkbox"/>			Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	
Mütze	<input type="checkbox"/>			Rasierer	<input type="checkbox"/>	
Schuhe	<input type="checkbox"/>			Taschentücher	<input type="checkbox"/>	
weitere	<input type="checkbox"/>			weitere	<input type="checkbox"/>	
3. Wohnraum sichern						
Maßnahme		Bemerkungen		Maßnahme		Bemerkungen
Licht aus	<input type="checkbox"/>	ggf. Sicherung raus		Haustier versorgt	<input type="checkbox"/>	Welches Tier?
Heizung aus	<input type="checkbox"/>			Fenster zu	<input type="checkbox"/>	
elekt. Geräte aus	<input type="checkbox"/>	ggf. abstecken		Tür verschlossen	<input type="checkbox"/>	Wo ist Schlüssel?
Wasserhahn zu	<input type="checkbox"/>	ggf. abdrehen		and. Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	
Herd/Feuer aus	<input type="checkbox"/>			als "leer" markiert	<input type="checkbox"/>	grüne Lampe / Klebezettel / Kreuz
Angehörige informiert	<input type="checkbox"/>			weitere Maßnahmen		
Verantwortlichkeit				Unterschrift		

Lfd. Nr.	Checkliste – Rückführung – Einzelperson			Tag.Mon.Jahr
Name		Kontakt Einrichtung Betreuer		
Anschrift		med. / phys. / psych. Besonderheiten		
1. Identifikation / med. Belange				
Gegenstand		Bemerkungen	Gegenstand	
Ausweis/Pass	<input type="checkbox"/>		Rollstuhl/Gehilfe	<input type="checkbox"/>
and. Dokumente	<input type="checkbox"/>		Sehhilfe	<input type="checkbox"/>
Krankenkarte	<input type="checkbox"/>		Hörhilfe	<input type="checkbox"/>
Geldkarte/Bargeld	<input type="checkbox"/>	Summe	Zahnprothese	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>		and. Prothesen	<input type="checkbox"/>
Pflegedoku	<input type="checkbox"/>		IKM	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	Was fehlt?	and. med. Geräte	<input type="checkbox"/>
			Wasser / Essen	<input type="checkbox"/>
2. weitere personenbezogenen Gegenstände				
Kleidung		Bemerkungen	Hygiene	
Unterwäsche	<input type="checkbox"/>		Handtuch	<input type="checkbox"/>
Socken	<input type="checkbox"/>		Waschlappen	<input type="checkbox"/>
Hose/Rock	<input type="checkbox"/>		Duschbad/Seife	<input type="checkbox"/>
Pullover	<input type="checkbox"/>		Deo	<input type="checkbox"/>
Jacke	<input type="checkbox"/>		Zahnpflege	<input type="checkbox"/>
Mütze	<input type="checkbox"/>		Rasierer	<input type="checkbox"/>
Schuhe	<input type="checkbox"/>		Taschentücher	<input type="checkbox"/>
weitere	<input type="checkbox"/>		weitere	<input type="checkbox"/>
3. Wohnraum sichern				
Maßnahme		Bemerkungen	Maßnahme	
Strom an	<input type="checkbox"/>		Befinden Haustier	<input type="checkbox"/>
Heizung an	<input type="checkbox"/>		and. Maßnahmen	
Hauptwasser offen	<input type="checkbox"/>		Markierung entfernt	
Angehörige informiert	<input type="checkbox"/>		weitere Maßnahmen	
Verantwortlichkeit			Unterschrift	

Lfd. Nr.	Evaluation – Evakuierung – Einzelperson		Tag.Mon.Jahr
Name		Kontakt Einrichtung Betreuer	
Anschrift			

Betreff	Bemerkung

Verantwortlichkeit		Unterschrift	
--------------------	--	--------------	--