

# Notfallmappe

Informationen für den Helfer im Notfall

für





Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wie schnell kann jedem von uns etwas zustoßen? Ein unbedachter Schritt, ein Unfall oder eine plötzliche Krankheit können uns und unseren Alltag schnell aus dem Tritt bringen. Wenn so ein Notfall eintritt, dann zählt oft jede Sekunde. Notfallnummern müssen gleich zur Hand sein, Informationen über Vorerkrankungen oder die entsprechende Versicherung sollten immer griffbereit sein.

Um Ihnen dies leichter zu machen, gibt der Landkreis Weilheim-Schongau diese Notfallmappe heraus. Sie ist gedacht als Service, damit Sie gewappnet sind für das Unvorhersehbare im Leben. Sie ist nicht nur eine wertvolle Hilfe für Seniorinnen und Senioren, sondern auch für jüngere Mitbürgerinnen und Mitbürger

Die Notfallmappe hilft Ihnen, wichtige Angelegenheiten gut zu regeln und Vorsorgen zu treffen, da sie wichtige Adressen, Telefonnummern und Informationen für den Notfall enthält. Diese Situation kann unverhofft eintreten und dann sollte möglichst schnell und gezielt reagiert werden.

Mit der aktuell gehaltenen Notfallmappe haben Sie das gute Gefühl, rechtzeitig vorgesorgt zu haben, wenn einmal etwas passiert.

Ihre

Andrea Jochner-Weiß  
Landrätin

#### **Impressum**

Wir bedanken uns beim Landkreis Starnberg für die Unterstützung

#### **Herausgeber**

Landratsamt Weilheim-Schongau, Pütrichstraße 8, 82362 Weilheim

Telefon: 0881 681 1399, Fax 0881 681 2322

E-Mail: [pressestelle@lra-wm.bayern.de](mailto:pressestelle@lra-wm.bayern.de), Internet: [www.weilheim-schongau.de](http://www.weilheim-schongau.de)

#### **Text**

Landkreis Weilheim-Schongau in Zusammenarbeit mit dem Landkreis Starnberg

#### **Bild**

© teracreonte– Fotolia.com - Titelseite

© Foto Preller - Seite 2

**1. Auflage Januar 2016** Nachdruck nur mit Genehmigung der Herausgebers



Gesundheit/ Krankheit	Formulare/ Ausweise
<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> gerinnungshemmende Mittel <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Allergiepass <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Impfausweis <input type="checkbox"/> Organspendeausweis <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Nachsorgepass

**Verfügungen :**

Patientenverfügung vorhanden?

ja     nein

Liegt bei: \_\_\_\_\_

Betreuungsverfügung vorhanden?

ja     nein

Liegt bei: \_\_\_\_\_

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

# Notfallmappe von

---

Name und Vorname

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_

**Bitte halten Sie die Notfallmappe aktuell. Tragen Sie Änderungen sofort in die jeweilige Rubrik ein.**

Aktualisierung in (Farbe): \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

## **Die Notfallmappe - Übersicht und Ordnung ohne großen Aufwand**

Jeder Mensch hofft, in Gesundheit ein hohes Alter zu erreichen. Glücklich ist derjenige, dem dies vergönnt ist. Jedoch sollte man sich, trotzdem Gedanken machen, was im Falle von Krankheit zu tun ist. Für das Wohlbefinden und einen Genesungsprozess ist es hilfreich, wenn man sich nicht im Akutfall Gedanken um Formalitäten machen muss.

Diese Mappe soll Ihnen helfen, eine klare Struktur in Ihre Unterlagen zu bringen, Ihre Angelegenheiten zu ordnen. Dies ist im Notfall für alle Helfer wichtig. Niemand muss dann lange in Ihren privaten Unterlagen suchen, alles ist übersichtlich zusammen gestellt.

Auch Ihnen soll die Mappe helfen, sich über Ihre eigenen Lebensumstände Gedanken zu machen. Sicher ist die eine oder andere Anregung enthalten, damit Sie Dinge regeln oder in Angriff nehmen können, die Sie bislang noch nicht bedacht haben.

Es sind Informationen für Sie erfasst, die Ihnen im Notfall helfen können, rasch Hilfe zu bekommen. Telefonnummern und Hilfseinrichtungen sind aufgeführt, darüber hinaus ist Raum für Ihre eigenen, Ihnen wichtigen Notizen.

Nehmen Sie sich Zeit, lesen Sie die Mappe in Ruhe durch, füllen Sie die einzelnen Fragen aus. Egal wie alt Sie sind. In jedem Alter kann schnelle Hilfe wichtig sein.

# Inhaltsverzeichnis

## Adressen

1.	PERSÖNLICHE DATEN	_____	8
2.	INFORMATION AN...	_____	8
3.	MEIN HAUSARZT	_____	9
4.	MEINE FACHÄRZTE	_____	9
5.	MEINE APOTHEKE	_____	10
6.	AMBULANTER PFLEGEDIENST	_____	10
7.	NOTFALLNUMMERN	_____	10
8.	KRANKENVERSICHERUNG	_____	11

## Gesundheitsakte

9.	MEDIZINISCHE DATEN	_____	14
10.	VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN	_____	17

## Finanzielles

11.	RENTEN	_____	19
12.	KONTEN	_____	20

## Checklisten

13.	KRANKENHAUSAUFENTHALT	_____	22
14.	TODESFALL	_____	23

# Adressen

In diesem Teil der Notfallmappe sind sämtliche wichtigen Adressen und Telefonnummern aufgeführt. Er dient sowohl Ihnen und Ihren Angehörigen zum Nachschlagen, als auch möglichen eintreffenden Helfern zur Information.

Folgende Informationen sind enthalten:

1.	PERSÖNLICHE DATEN	_____	8
2.	INFORMATION AN...	_____	8
3.	MEIN HAUSARZT	_____	9
4.	MEINE FACHÄRZTE	_____	9
5.	MEINE APOTHEKE	_____	10
6.	AMBULANTER PFLEGEDIENST	_____	10
7.	NOTFALLNUMMERN	_____	10
8.	KRANKENVERSICHERUNG	_____	11

## **1. Persönliche Angaben**

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Mobilnummer
Geburtsdatum	Geburtsort
Konfession	Familienstand
Name des Lebenspartners/ der Lebenspartnerin	Mobilnummer des Lebenspartners/ der Lebenspartnerin

## **2. Informationen an ...**

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Mobilnummer
Bezug (z.B. Kind, Freund, Nachbar, ...)	
Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Mobilnummer
Bezug (z.B. Kind, Freund, Nachbar, ...)	

### **3. Mein Hausarzt**

---

Name	Vorname
------	---------

---

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
--------------------	-------------------

---

Telefonnummer	Mobilnummer
---------------	-------------

### **4. Meine Fachärzte**

#### **Fachrichtung 1. Arzt**

---

Name	Vorname
------	---------

---

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
--------------------	-------------------

---

Telefonnummer	Mobilnummer
---------------	-------------

#### **Fachrichtung 2. Arzt**

---

Name	Vorname
------	---------

---

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
--------------------	-------------------

---

Telefonnummer	Mobilnummer
---------------	-------------

## 5. Meine Apotheke

---

Name der Apotheke (ggf. Ansprechpartner)

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

---

Telefonnummer

## 6. Ambulanter Pflegedienst

---

Name des Pflegedienstes (ggf. Ansprechpartner)

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

---

Telefonnummer

## 7. Notfallrufnummern

- ⇒ **Rettungsdienst und Notarzt: 112**
- ⇒ **Feuerwehr: 112**
- ⇒ **Polizei: 110**
- ⇒ **Giftnotruf: 19240**
- ⇒ **Krankentransport: 19 222**
- ⇒ **Ärztlicher Notdienst: 116117**
- ⇒ **Apothekennotdienst: 0800 00 22833**
- ⇒ **Gehörlosentelefon-Notruf (Schreibtelefon) 19294**
- ⇒ **Verlorene EC-Karte: 116 116**
- ⇒ \_\_\_\_\_

## **8. Krankenversicherung**

**Gesetzlich**

**Privat**

---

Name der Krankenkasse (gegebenenfalls mit Sitz)

Versichertennummer

---

Telefonnummer der Krankenkasse

### **Die Versichertenkarte befindet sich wo?**

### **Krankenzusatzversicherung, falls vorhanden:**

---

Name der Zusatzversicherung

Versichertennummer

---

Telefonnummer der Zusatzversicherung

### **Pflegezusatzversicherung, falls vorhanden:**

---

Name der Pflegezusatzversicherung

Versichertennummer

---

Telefonnummer der Pflegezusatzversicherung

Eigene Ergänzungen:

*Notizen:*

# Gesundheitsakte

Hier sind alle gesundheits- und krankheitsrelevanten Daten aufgeführt. Diese Informationen dienen in der Regel eintreffenden Helfern. Bitte achten Sie darauf, dass sich gesundheitsbezogene Daten möglicherweise ändern.

Überprüfen Sie daher regelmäßig die Aktualität.

1.	MEDIZINISCHE DATEN _____	14
2.	VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN _____	17

# **1. Medizinische Daten**

**Blutgruppe:** \_\_\_\_\_

**Allergien** gegen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergiepass vorhanden?  ja  nein

Wenn ja, wo ist der Allergiepass zu finden?

\_\_\_\_\_

Falls kein Allergiepass existiert, welche Allergien sind bekannt?

\_\_\_\_\_

## **Impfungen**

Impfpass vorhanden?  ja  nein

Wenn ja, wo ist der Impfpass zu finden?

\_\_\_\_\_

**Anfallsleiden**  ja  nein

Unter welcher Art von Anfällen leiden Sie?

\_\_\_\_\_

## **Diabetes**

Sind Sie zuckerkrank?  ja  nein

Medikation:  insulinpflichtig  Tabletten

Ist ein Diabetes-Pass vorhanden?  ja  nein

Wenn ja, wo ist der Diabetes-Pass zu finden?

\_\_\_\_\_

## **Blutverdünnung**

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein? (z. B. Marcumar®)

ja       nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ausweis über Antikoagulanzenbehandlung („roter Pass“) ist wo zu finden?

## **Tumorerkrankungen**

Nachsorgepass vorhanden?  ja       nein

Wenn ja, wo ist der Nachsorgepass zu finden?

## **Demenz**

Leiden Sie an Demenz?  ja       nein

## **Weitere Dauermedikamente**

Wenn Sie regelmäßig weitere Medikamente einnehmen, können diese in der folgenden Tabelle eingetragen werden:

<b>Name des Medikaments</b>	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>	<b>nachts</b>

### **Implantate**

Tragen Sie Implantate?  ja  nein

Wenn ja, welche Art von Implantat? (z. B. Herzschrittmacher, Hüftgelenk, Auge, ...)

---

### **Hilfsmittel**

Benötigen Sie Hilfsmittel? (z. B. Hörgerät, Rollstuhl, Gehstock, Brille, ...)

ja  nein

Wenn ja, welche Hilfsmittel sind für Sie unerlässlich?

---

### **Organspenderausweis**

Haben Sie einen Organspenderausweis?  ja  nein

Wenn ja, wo ist dieser zu finden?

---

### **Behinderung**

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  ja  nein

Wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung (GdB)? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wo ist dieser zu finden?

---

Eigene Ergänzungen:

## **2. Vollmachten und Verfügungen**

### **Vorsorgevollmacht / -verfügung**

Für den Fall, dass Sie selbst nicht mehr ansprechbar sind, können Sie eine sogenannte Vorsorgevollmacht ausstellen. Diese legt fest, welche Person Sie im Bedarfsfall vertreten soll.

Informationen zur Vorsorgevollmacht erhalten Sie auch beim

#### **Landratsamt Weilheim-Schongau - Betreuungsstelle**

Telefon: 08861 211– 3188 oder - 3191

E-Mail: [betreuungsstelle@lra-wm.bayern.de](mailto:betreuungsstelle@lra-wm.bayern.de)

Existiert eine Vorsorgevollmacht/ -verfügung?  ja  nein

Diese wird verwahrt bei:

---

Name

Telefonnummer

---

Straße

Postleitzahl, Ort

### **Patientenverfügung**

Ob oder in welcher Form lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden sollen, wenn Sie selbst in dieser Situation nicht mehr selbst entscheiden können, legen Sie in einer Patientenverfügung fest.

Informationen zur Patientenverfügung können Sie bei Ihrem Hausarzt einholen.

Existiert eine Patientenverfügung?  ja  nein

Diese wird verwahrt bei:

---

Name

Telefonnummer

---

Straße

Postleitzahl, Ort

# Finanzielles

Die Daten in diesem Teil der Mappe sind sicherlich nicht überlebenswichtig. Mit dem Ausfüllen der Informationen können Sie aber möglicherweise Ihren Angehörigen helfen, Unterlagen zu finden bzw. Informationen weiterzugeben.

- |    |        |       |    |
|----|--------|-------|----|
| 1. | RENTEN | _____ | 19 |
| 2. | KONTEN | _____ | 20 |

# **1. Renten**

## Altersrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Witwen-/ Witwerrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Betriebs- oder Zusatzrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Private Rentenversicherung und Riester-Rente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Beamtenversorgung:

Pensionsfestsetzende Behörde: \_\_\_\_\_

Personalnummer/ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Steueridentifikationsnummer: IdNr: \_\_\_\_\_

## Eigene Ergänzungen:

## **2. Konten**

### **Girokonto:**

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

### **2. Girokonto:**

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

### **Sparbuch:**

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

### **Bankschließfach:**

Bei Bank: \_\_\_\_\_

Nummer: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

### **Eigene Ergänzungen:**

# Checklisten

Je nach Anlass können die folgenden Checklisten Ihnen selbst, oder Ihren Angehörigen dienen. Bitte beachten Sie, dass möglicherweise hier individuelle Ergänzungen notwendig sind, da die Checklisten keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

1. KRANKENHAUSAUFENTHALT \_\_\_\_\_ 22
2. TODESFALL \_\_\_\_\_ 23

# **1. Krankenhausaufenthalt**

## **Welche Vorbereitungen sind zu treffen?**

- Bei Krankentransport oder Rettungswagen: Genaue Wegbeschreibung, Zugangsmöglichkeit und Name an der Klingel der Leitstelle mitteilen. Wo ist ein Schlüssel hinterlegt?
- Gegebenenfalls Außenlicht einschalten
- Falls Person liegt, Zugang freimachen (Hindernisse wegräumen)

## **Was muss mitgenommen werden?**

- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Krankenversichertenkarte, evtl. Zusatzversicherungskarte
- Personalausweis
- Kontaktdaten der Angehörigen
- Hygieneartikel
- Nacht- und Tageswäsche, Morgenmantel, (geschlossene) Hausschuhe
- Hilfsmittel: Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- aktueller Medikamentenplan
- Geld (nur geringer Betrag)
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Handy mit Ladekabel

## **Wer muss informiert werden?**

- Angehörige und/ oder Nachbarn informieren (Post, Haustiere, Pflanzen gießen)
- Gegebenenfalls der Arbeitgeber (umgehend)
- Falls vorhanden: Pflegedienst und/ oder Tagespflege benachrichtigen.
- Bei bestehendem Abonnement gegebenenfalls die Zusteller der Tageszeitung

Eigene Ergänzungen

## 2. Todesfall

Welche Maßnahmen sind zu treffen?

- Hausarzt wegen Todesbescheinigung kontaktieren. Falls dieser nicht erreichbar ist, 116117 anrufen
- Angehörige benachrichtigen
- Auswahl des Bestattungsinstitutes
- Erd- oder Feuerbestattung (Gibt es eine Verfügung oder einen Eintrag im Testament?)
- Kontakt zum Pfarramt herstellen
- Sterbegeldversicherung informieren
- Spätestens am nächsten Werktag das zuständige Standesamt am Sterbeort informieren und Beurkundung beantragen

Dafür benötigen Sie:

⇒ Personalausweis der verstorbenen Person

⇒ Todesbescheinigung

⇒ Bei nicht-verheirateten Personen die Geburtsurkunde, bei Verheirateten die Eheurkunde oder bei geschiedenen Personen das Scheidungsurteil

- Nach Beurkundung des Sterbefalls den Tag der Beisetzung sowie die Lage des Grabes mit der Friedhofsverwaltung festlegen
- Todesanzeige und gegebenenfalls Danksagungen aufgeben
- Schriftliche Mitteilung über den Sterbefall an die private Lebens- und/ oder Sterbeversicherung
- Gegebenenfalls Information an den Arbeitgeber
- Mitteilung an die Banken, bei denen die verstorbene Person Konten hatte
- Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Strom, Telefon/ Handy, Rundfunk- und Fernsehgebühren, Internet, Gas)
- Mündliche und schriftliche Mitteilung an die Vereine, bei denen die verstorbene Person Mitglied war
- Abmeldung bei der Rentenanstalt
- Gegebenenfalls Abmeldung des Kraftfahrzeuges
- Beantragung von Witwen-/ Witwer-Rente

Notizen:

# RÜCKMELDEBOGEN

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

wir haben bei der Konzeption der Mappe darauf geachtet, möglichst die Informationen zu hinterlegen, die tatsächlich in einem Akutfall wichtig sein können. Bewusst haben wir auf Informationen (z. B. laufende Verträge, Autoversicherung, etc.), die Sie möglicherweise in anderen Notfallmappen finden, verzichtet. Trotzdem kann es sein, dass Ihnen etwas in der Mappe fehlt, oder Sie konstruktive Vorschläge haben, was wir bei der nächsten Überarbeitung verbessern können. Daher würden wir uns freuen, wenn Sie uns diesbezüglich eine Rückmeldung geben.

Senden Sie diese bitte postalisch, per Fax oder via E-Mail an:

**Landratsamt Weilheim-Schongau**

**Sachgebiet 20**

**Schlossplatz 1**

**86956 Schongau**

Fax: 088861 211 4200

E-Mail: [betreuungsstelle@lra-wm.bayern.de](mailto:betreuungsstelle@lra-wm.bayern.de)

Sie können dieses Blatt ausschneiden und dafür verwenden.

Meine Anmerkungen beziehen sich auf

den Inhalt

die Gestaltung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## Notfallrufnummern

- ⇒ **Rettungsdienst und Notarzt: 112**
- ⇒ **Feuerwehr: 112**
- ⇒ **Polizei: 110**
- ⇒ **Giftnotruf: 19240**
- ⇒ **Krankentransport: 19 222**
- ⇒ **Ärztlicher Notdienst: 116117**
- ⇒ **Apothekennotdienst: 0800 00 22833**
- ⇒ **Gehörlosentelefon-Notruf (Schreibtelefon) 19294**
- ⇒ **Verlorene EC-Karte: 116 116**
- ⇒ \_\_\_\_\_

