

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, Internet: 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:

| Name des Medikaments | morgens | mittags | abends | nachts |
|-----------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

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

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**
- ⇒ _____

