



NOTFALLMAPPE der Gemeinde Hasbergen

(Name)

Gaste

Hasbergen

Ohrbeck

Liebe Hasbergerinnen, liebe Hasberger,

auf den folgenden Seiten finden Sie eine Auswahl wichtiger Formulare und Verzeichnisse, die Ihnen im Notfall wichtige Dienste leisten können.

Auf einen Blick finden Sie wichtige Rufnummern und Kontaktdaten. Vor allem ist jedoch die Notfallmappe wichtig für Ihre Angehörigen oder medizinisches Personal, falls Sie sich in einem Notfall nicht mehr selber helfen können.

Die Angehörigen haben so einen schnellen Überblick über Ihre Medikation, die Anschrift Ihres Hausarztes und Ihre Krankenkasse. Zudem befinden sich in der Notfallmappe ein Exemplar einer Patientenverfügung, der Vordruck einer Vorsorgevollmacht und vieles mehr.

Wir machen darauf aufmerksam, dass sich die Rechtslage bei diesen Vollmachten oder Verfügungen regelmäßig ändert. Insofern macht es großen Sinn, die Mappe regelmäßig im Abstand von einigen Jahren zu aktualisieren.

Bitte informieren Sie Ihre Angehörigen über die Existenz der von Ihnen bearbeiteten Mappe und über deren Lageplatz in der Wohnung (zum Beispiel am Telefon oder am Computer).

Vermissten Sie etwas Wichtiges in der Mappe? Sprechen Sie uns gerne an - für Hinweise sind wir stets dankbar.

Wir hoffen, Ihnen eine wichtige Hilfestellung im Notfall gegeben zu haben und stehen für Ihre Fragen gerne zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Inhaltsverzeichnis	2
Meine wichtigen Telefonnummern	3
Persönliche Daten	4
Im Notfall zu benachrichtigen	5
Hausarzt und andere Ärzte	6
Krankenkasse und Pflegekasse	7
Medizinische Daten	8
Ausweise und Pässe	9
Weitere Versicherungen	10 – 12
Bestehende Verträge	13 – 16
Eigentum	17
Mitgliedschaften	18
Vorbereitung Krankenhausaufenthalt	19
Todesfall	20 – 21
Einverständniserklärung	22
Anlagen:	
- Medikamentenplan	
- Vorsorgevollmacht	
- Betreuungsverfügung	
- Patientenverfügung	
- Bestattungsverfügung	
- Konto-/Depotvollmacht	
- MEINE PATIENTENVERFÜGUNG (Mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung)	
Impressum	23

Meine wichtigen Telefonnummern

Name	Nummer

Persönliche Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handynummer	
E-Mail Adresse	
Konfession	
Kirchengemeinde	
Familienstand	
Name Ehegatten	
Beruf	
Steueridentifikationsnummer	

Im Notfall zu benachrichtigende Person

Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Handynummer:

Weitere Ansprechpartner

Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Handynummer:

Im Notfall zu beachten

Personen, die Schlüssel zu meiner Wohnung besitzen:

Im Notfall wünsche ich einen Beistand durch einen Seelsorger:

Ja Nein Konfession: _____

Kirchengemeinde (Tel.): _____

Sonstiges:

Hausarzt

Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/ Handynummer:

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin

Fachrichtung:
Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Handynummer:

Fachrichtung:
Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/ Handynummer:

Apotheke

Name und Ort der Apotheke:
Telefonnummer:

Krankenkasse

Name der Krankenkasse:
Krankenversicherternummer (KVNR):
Aufbewahrung der Versichertenkarte:

Pflegekasse

Name der Pflegekasse:		
Pflegegrad 1 / 2 / 3	seit:	
Schwerbehinderung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Evtl. Zusatzversicherung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Medizinische Daten

Blutgruppe:		
<u>Diabetes:</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Insulin:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tabletten:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aufbewahrung des Ausweises:		
<u>Anfallsleiden</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<u>Allergien:</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		
<u>Blutgerinnungshemmende Substanzen:</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name des Medikamentes (z. B. Marcumar)		
<u>Bronchial-Asthma:</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name des Medikamentes		
<u>Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen):</u>		
Behinderungen:		

Weitere Beeinträchtigungen

Zahnprothese:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sehbehinderung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Thromboseneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dialysebehandlung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Chronisches Organleiden:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Erfolgte Operationen

Ambulante Behandlung:
Stationäre Behandlung:
Zahnärztliche Behandlung:

Ausweise und Pässe

Personalausweisnummer: Aufbewahrung:		
Reisepass: Aufbewahrung:		
Mutterpass: Aufbewahrung:		
Organspendeausweis: Aufbewahrung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nicht vorhanden, zur Organspende bereit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Impfpass: Aufbewahrung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergiepass: Aufbewahrung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Röntgenpass: Aufbewahrung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Unterlagen:		
<input type="checkbox"/> Brillenpass		
<input type="checkbox"/> Blutspendeausweis		
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis		
<input type="checkbox"/> Implantatausweis		
<input type="checkbox"/> Diabeterausweis		
<input type="checkbox"/> sonstiges		

Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, können Sie in der anliegenden Klarsichthülle ablegen. Bei allen anderen Ausweisen und Pässen empfiehlt sich, eine Fotokopie in dieser Mappe zu hinterlegen.

Weitere Versicherungen

Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Gesetzliche Rentenversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Hausratversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Feuerversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Gebäudeversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Kraftfahrzeugversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Private Rechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Sterbegeldversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Sonstige Versicherungen

(Versicherungsart, Name, Anschrift, Telefonnummer, Versicherungsnummer): ¹

Folgende Versicherungen können gekündigt werden:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

Bestehende Verträge

z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, etc.

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	
Laufzeit	
Aufbewahrung	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	
Laufzeit	
Aufbewahrung	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	
Laufzeit	
Aufbewahrung	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	
Laufzeit	
Aufbewahrung	

Finanzen

Girokonten

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Sparkonten

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Weitere Konten

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Bausparverträge

Bausparkasse	
Bausparnummer	
Aufbewahrung	

Bausparkasse	
Bausparnummer	
Aufbewahrung	

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Aufbewahrung:	

Darlehensgeber (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Aufbewahrung:	

Darlehensgeber (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Aufbewahrung:	

Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grundbesitzes (Wiese, Wald, Teich)	
Art der Immobilie (Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Gemarkung	
Flur	
Flurstück	
Grundbuch (Amtsgericht, Datum)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name Anschrift Miteigentümer	
Aufbewahrung	

Art des Grundbesitzes (Wiese, Wald, Teich)	
Art der Immobilie (Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Gemarkung	
Flur	
Flurstück	
Grundbuch (Amtsgericht, Datum)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name Anschrift Miteigentümer	
Aufbewahrung	

Mitgliedschaften

in Vereinen, Verbänden, etc.

Mitglied bei	
Ansprechpartner (Name und Anschrift)	

Mitglied bei	
Ansprechpartner (Name und Anschrift)	

Mitglied bei	
Ansprechpartner (Name und Anschrift)	

Mitglied bei	
Ansprechpartner (Name und Anschrift)	

Vorbereitung Krankenhausaufenthalt

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten! (Fenster/Hausnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).
- ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- Versichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

Ergänzungen:

--

Im Falle eines Todes

Mein Testament ist hinterlegt bei	
-----------------------------------	--

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft nicht leicht, einen klaren Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise sollen helfen, die erforderlichen notwendigen Schritte zu ergreifen:

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt und an Wochenenden den ärztlichen Sonntagsdienst wegen der Ausstellung des Totenscheins benachrichtigen.
2. Die nächsten Angehörigen benachrichtigen (siehe auch „zu benachrichtigende Personen“ Seite 6).
3. Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:
 - Personalausweis oder Reisepass
 - Totenschein
 - Geburtsurkunde
 - Heiratsurkunde
 - ggf. Scheidungsurteil
 - ggf. Sterbeurkunde des Ehegatten
 - Versicherungskarte, Versicherungspolice: Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherung
 - Mitteilung der letzten Rentenanpassung und falls vorhanden Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag
4. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
5. Termin für Beisetzung erst mit örtlicher Verwaltung (05405/502-314 o. -315) und danach mit Pfarrer abklären.
6. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:
 - Abmeldung der / des Verstorbenen bei der zuständigen Meldestelle
 - ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
 - Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
 - Art der Bestattung abklären (Feuer-, Erd- oder Seebestattung), Friedhofswahl, evtl. Hinweise dazu Bestattungsvollmacht (siehe Anlage)

- Benachrichtigung von Bekannten, Verwandten und Arbeitgeber
 - Abmeldung von Zeitschriftenabonnements
 - Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GeZ, Miet- und Pachtverträgen
 - Kündigung von Dauer - und Abbuchungsverträgen
 - Kündigung von Versicherungen
 - Haushaltssauflösung veranlassen.
7. Am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalls bei dem Standesamt des Sterbeortes.

Bitte mitnehmen:

- Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
 - Todesbescheinigung
 - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
 - Ehe-Urkunde und Familienstammbuch bei Verheirateten
 - Nachweis über die Auflösung der Ehe bei Geschiedenen
8. Folgende Tätigkeiten können Sie auch einem Bestattungsunternehmen übertragen:
- Beantragung von Sterbegeldern und Beihilfen bei Krankenkassen, Versicherungen
 - Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorschusszahlung aus laufender Rente
 - Finanzierung der mit dem Tode zusammenhängenden Kosten
 - Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
 - Kopien von Sterbeurkunden an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
 - Rücksprache mit zuständigen Kreditinstituten wegen zukünftiger Kontenführung
 - Kündigung laufender Verträge
 - Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
 - evtl. Danksagung bei der Tageszeitung aufgeben

Nachlassangelegenheiten:

- Sollte ein privates Testament in den Unterlagen vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht (Testamentseröffnung) abzugeben.
- Dort muss ein Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und die ggf. beiliegenden Kopien im Notfall von meinen Angehörigen dem behandelnden Arzt oder dem Krankenhaus übergeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen:

- Medikamentenplan
- Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung
- Bestattungsverfügung
- Konto- / Depotvollmacht

Medikamentenplan

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Einnahmeweise:

V = vor der Mahlzeit

Z = zur Mahlzeit

N = nach der Mahlzeit

Besonderheiten: