

Notfallmappe für



Herausgeber:
Seniorenbeirat Henstedt-Ulzburg



Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort.....	3
Persönliche Daten.....	4
Im Notfall zu benachrichtigen.....	6
Wichtige Rufnummern.....	7
Hausarzt/Apotheke.....	8
Ärztliche Behandlungen.....	9
Medikamente.....	10
Zahnärztliche Behandlungen.....	11
Klinische Behandlungen.....	11
Weitere medizinische Daten.....	12
Vorsorgevollmacht/Betreuungs-/Patientenverfügung.....	14
Krankenversicherungen.....	15
Weitere Versicherungen.....	16
Renten/Versorgung.....	21
Erwerbstätigkeit.....	22
Finanzen.....	23
Grund- und Immobilieneigentum.....	26
Bestehende Verträge/Abonnements.....	27
Fahrzeuge.....	30
Mitgliedschaften.....	31
Todesfall – Hinweise –.....	32
Maßnahmen für Krankenhauseinweisung.....	33

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wir alle können unerwartet und plötzlich auf fremde Hilfe angewiesen sein. Durch Unfälle, Krankheiten oder auch durch fortschreitendes Alter entstehen Situationen, in denen Betroffene unkompliziert Hilfe durch Angehörige und Vertrauenspersonen benötigen.

Diese Notfallmappe hilft, weil Sie hier alle wichtigen Daten eintragen können, damit Ihnen im Ernstfall schnell geholfen werden kann.

Informieren Sie Ihre Vertrauenspersonen über das Vorhandensein einer solchen Mappe und bewahren Sie sie dort auf, wo sie im Notfall leicht zugänglich ist.

Überprüfen Sie regelmäßig Ihre Eintragungen, damit Erkrankungen, Medikamente, Allergien usw. immer auf dem aktuellsten Stand sind.

Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich gern an uns.

Ihr Seniorenbeirat Henstedt-Ulzburg



Jeden 3. Donnerstag im Monat:

Sprechstunde von **9.30 - 11 Uhr** im Rathaus, Rathausplatz 1, Zimmer 1.23

Öffentliche Sitzung um **15 Uhr** im Rathaus, Rathausplatz 1, Zimmer 1.23

Einen gebundenen Ausdruck dieser Notfallmappe erhalten Sie zum Selbstkostenpreis in der Sprechstunde und bei der Sitzung des Seniorenbeirates.

Uwe Groth, Vorsitzender, Rathausplatz1, 24558 Henstedt-Ulzburg
Barbara Schemberger, Stellvertreterin
Mail: seniorenbeirat@ehrenamt-hu.de
Tel.: Anrufbeantworter: 04193 963 177

Titelbild: Frau Heike Benkmann

Persönliche Daten

Name	Vorname/n
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	
Konfession	Kirchengemeinde

Familienstand	Ehegatte: Name, Vorname/n
evtl. früherer Name des Ehegatten	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	Handy des Ehegatten
Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils	

Raum für weitere Anmerkungen:

--

Persönliche Daten Kinder

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
Sonstige Angaben	

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
Sonstige Angaben	

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
Sonstige Angaben	

Im Notfall zu benachrichtigen

Name	Vorname/n
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	Telefax

Name	Vorname/n
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	Telefax

Im Notfall zu beachten

Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:
--

Sonstiges

--

Wichtige Rufnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	110
Feuerwehr	112
Rettungsdienst / Notarzt	112
Patientenservice	116 117
Ärztlicher Bereitschaftsdienst S-H	
Giftnotruf	0551 19 24 0
Paracelsusklinik, Wilstedter Str. 134	70 0
Asklepios Klinik	040 181 88 70
Tangstedter Landstraße 400, Hamburg	
Telefonseelsorge	
• evangelisch	0800 11 10 11 1
• Katholisch	0800 11 10 22 2
Opfer-Notruf und Infotelefon - Weißer Ring	01803 34 34 34
Sperr-Notruf	Girocard Kreditkarte E-Personalausweis SIM-Karte
Gemeindeverwaltung	963 0
Rathausplatz 1	
Öffnungszeiten:	Mo, Di, Do, Fr 08 - 12 Uhr Do auch 14 - 18 Uhr
Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein	0431 59 099 0
Opfer-Notruf - Weißer Ring (kostenfrei)	116 006

Hausarzt

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefonnummer	Handy

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Apotheke:

Name und Anschrift der Apotheke	
Telefonnummer	Telefax

Mein ambulanter Pflegedienst:

Name und Anschrift des Pflegedienstes	
Telefonnummer	Telefax

Ärztliche Behandlungen

- ambulante -

Datum von / bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

Medikamente

Name des Medikaments	Einnahmezeit		
	morgens	mittags	abends

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.):

Ja Nein

Falls ja, welche:

Zahnärztliche Behandlungen

Datum von/bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

Klinische Behandlungen *- stationär -*

Datum von/bis	Grund des Klinikaufenthalts (Diagnose)	Name/Anschrift des behandelnden Arztes

Weitere medizinische Daten

Blutgruppe	
Impfungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfbuch vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfbuch befindet sich	
Impfung gegen	

Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergiepass befindet sich	
Allergie gegen	

Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Insulin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tabletten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich	

Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
nähere Beschreibung	

Weitere medizinische Daten

Schwerbehinderungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grad der Behinderung	

Implantate	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art des Implantats (z. B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)	

Transplantationen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Transplantation und weitere Angaben	

Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich	

Sonstiges

--

Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Ich habe am..... eine Vorsorgevollmacht errichtet.

Aufbewahrungsort:.....

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname

Anschrift:

Telefon/E-mail

Betreuungsverfügung

Ich habe am..... eine Betreuungsverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort:.....

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname

Anschrift:

Telefon/E-mail

Patientenverfügung

Ich habe am..... eine Patientenverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort:.....

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname

Anschrift:

Telefon/E-mail

Krankenversicherung/en

Gesetzliche Krankenkasse

Name der Krankenkasse	
Anschrift	
Telefonnummer	
Nr. der Versichertenkarte	
Versichertenkarte befindet sich	

Private Krankenversicherung/Krankenzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Private Krankenversicherung/Pflegezusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Weitere Versicherungen

Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Begünstigter	
Unterlagen befinden sich	

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Weitere Versicherungen

Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Hausratversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Feuerversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Weitere Versicherungen

Gebäudeversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Privatrechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Verkehrsrechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Weitere Versicherungen

Kraftfahrzeugversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	
versichertes Fahrzeug	

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	
versichertes Fahrzeug	

Insassenunfallversicherung

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
örtl. Versicherungsagentur	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Weitere Versicherungen

Sonstige Versicherungen

Wichtige Angaben: Versicherungsart, Versicherungsgesellschaft, (Anschrift/Agentur), Versicherungsnummer	
--	--

Folgende Versicherungen können gekündigt werden:

a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

Rente/Vorsorge

Gesetzliche Rentenversicherungen

Rentenversicherungsträger	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Bescheid/e vom	
Unterlagen befinden sich	

Zusatzversicherungen

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Versicherungsgesellschaft	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Personalnummer/ Aktenzeichen	
Unterlagen befinden sich	

Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

Steuernummer	
-Identifikationsnummer	

Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer

Arbeitgeber	
Telefonnummer	
Personalnummer	
Sozialversicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

als Selbstständiger (Gewerbe, Freiberufler, Landwirtschaft)

Art der Selbständigkeit	
Anschrift der Firma	
zuständiges Finanzamt	
Handelsregister	
weitere Angaben	

Nebenberuf/Nebenbeschäftigung

Beschreibung der Tätigkeit	
weitere Angaben	

Finanzen

Girokonten

Geldinstitut	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Sparkonten

Geldinstitut	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	
Sparbuch befindet sich	

Geldinstitut	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	
Sparbuch befindet sich	

Finanzen

Weitere Konten

Geldinstitut	Name und Anschrift
Kontonummer	
IBAN / BIC	
Art des Kontos	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	Name und Anschrift
Kontonummer	
IBAN / BIC	
Art des Kontos	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	Name und Anschrift
Kontonummer	
IBAN / BIC	
Art des Kontos	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Bankschließfach

Geldinstitut	Name und Anschrift
Schließfachnummer	
IBAN / BIC	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Finanzen

Bausparverträge

Bausparkasse	Name und Anschrift
Bausparnummer	
Unterlagen befinden sich	

Bausparkasse	Name und Anschrift
Bausparnummer	
Unterlagen befinden sich	

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber	Name und Anschrift
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

Darlehensgeber	Name und Anschrift
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grundbesitzes (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z. B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

Art des Grundbesitzes (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z. B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

Bestehende Verträge

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

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Bestehende Abonnements

z.B. Zeitungen, Zeitschriften, Bücher usw.

Abonnement für	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Abonnement für	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Abonnement für	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Abonnement für	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Abonnement für	
Vertragspartner	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Fahrzeuge

Fahrzeugart (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Fahrzeugart (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Fahrzeugart (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Fahrzeugart (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Fahrzeugart (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Mitgliedschaften

In Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.

Mitglied bei	
Ansprechpartner	Name und Anschrift

Mitglied bei	
Ansprechpartner	Name und Anschrift

Mitglied bei	
Ansprechpartner	Name und Anschrift

Mitglied bei	
Ansprechpartner	Name und Anschrift

Mitglied bei	
Ansprechpartner	Name und Anschrift

Mitglied bei	
Ansprechpartner	Name und Anschrift

Mitglied bei	
Ansprechpartner	Name und Anschrift

Mitglied bei	
Ansprechpartner	Name und Anschrift

Für den Todesfall

Mein Testament ist hinterlegt bei:

Name	
Anschrift	

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

1. Todesfall zu Hause: (Haus-) Arzt benachrichtigen, der den Totenschein ausstellt.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Egal, ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht. Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:
 - Personalausweis und/oder Reisepass
 - Totenschein
 - Geburtsurkunde
 - Heiratsurkunde
 - ggf. Scheidungsurteil
 - ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
 - Krankenversichertenkarte
 - Versicherungspolicen: Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherung
 - Post/Bankvollmacht über den Tod hinaus
 - Mitteilung der letzten Rentenanpassung
 - Falls vorhanden Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag
4. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:
 - ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
 - Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
 - Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde
 - Beantragung des Erbscheines beim zuständigen Amtsgericht (ggf. Testament vorlegen)
 - Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.
 - Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften etc.), Vereinen und Verbänden
 - Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen
 - ggf. Haushaltsauflösung veranlassen
5. Zu organisieren sind:
 - Art und Durchführung der Bestattung
 - Überführung des Leichnams durch den Bestatter
 - (Sterbeurkunden beifügen!)
 - Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
 - Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
 - ggf. Pflegedienst benachrichtigen

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhouseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des
 - o Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.
 - o (Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankbett freimachen (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle, wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhouseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- bisher einzunehmende Medikamente
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

Notizen