

# Notfallmappe

## für ältere Bürgerinnen und Bürger im Landkreis Starnberg





# Notfallmappe von

---

Name und Vorname

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

**Bitte bei jeder Aktualisierung eine andere Farbe benutzen!**

(1) Erste Aktualisierung in (Farbe): \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Änderungen nötig?  ja, weiter zu (2)

(2) Zweite Aktualisierung (Farbe): \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Änderungen nötig?  ja, weiter zu (3)

(3) Dritte Aktualisierung in (Farbe): \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Änderungen nötig?  ja, bitte neue Mappe anlegen!



Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wir alle kennen Situationen, in denen Stress und Hektik die einfachsten Dinge aus der Erinnerung löschen. Medizinische Notfälle sind zum Beispiel solche Momente. Doch gerade hier wäre es wichtig, die persönlichen Gesundheits- und Vorsorgedaten parat zu haben.

Damit Sie eben genau in diesem Fall alle notwendigen Informationen an einer Stelle haben, hat die Fachstelle für Senioren gemeinsam mit dem Seniorenbeirat der Gemeinde Herrsching die „*Notfallmappe für ältere Bürgerinnen und Bürger im Landkreis Starnberg*“ erstellt. Sie soll den älteren Menschen helfen, wichtige Daten für sich selbst zum Nachschlagen, für Angehörige zur Information und für Helferinnen und Helfer im Notfall zusammen in einer Mappe griffbereit zu haben. Selbstverständlich kann die Mappe auch von Jüngeren genutzt werden.

Die Notfallmappe ist in mehrere Teile gegliedert. Sie enthält wichtige Adressen und Telefonnummern von Angehörigen und Ärzten, medizinische Informationen sowie Daten zu finanziellen Angelegenheiten.

Beachten Sie bitte, dass Sie Ihre Einträge regelmäßig aktualisieren und bewahren Sie diese Mappe leicht erreichbar auf, beispielsweise bei Ihrem Telefon. Weisen Sie Ihre Angehörigen und Personen Ihres Vertrauens auf diese Mappe hin, da die Mappe nur so genutzt werden kann.

Ich wünsche Ihnen, dass Sie die Notfallmappe möglichst nie brauchen. Sie soll Ihnen aber dennoch die Sicherheit geben, für mögliche Notfälle gewappnet zu sein.

Ihr

A handwritten signature in blue ink that reads "Karl Roth". The signature is written in a cursive style.

Karl Roth  
Landrat

## **Wichtige Informationen zum Umgang mit der Notfallmappe**

Die hier gesammelten Informationen sollen Ihren Helfern im Ernstfall einen schnellen Überblick liefern. Damit Sie richtig versorgt werden können, sofern Sie selbst in dieser Situation nicht mehr antworten können, ist die Aktualität der enthaltenen Daten unerlässlich. Daher haben Sie die Möglichkeit, Ihre Änderungen – sofern nötig – gleich auf der ersten Seite nach dem Deckblatt einzutragen. Wenn sich nichts ändert, so ist auch nichts zu tun.

Beachten Sie bitte, dass Sie bei etwaigen Änderungen unterschiedliche Farben benutzen. Nur so ist klar erkennbar, welche Änderung zu welchem Datum gehört.

Die Mappe besteht im Wesentlichen aus vier Teilen. Der erste Teil beinhaltet alle wichtigen Adressen. Die medizinischen Daten sind in der „Gesundheitsakte“ (zweiter Teil) aufgeführt.

Während Sie im dritten Teil die Möglichkeit haben, auf Wunsch Informationen zu Spar- und Girokonten aufzuführen, sind im letzten Teil lediglich Checklisten für die Krankenhauseinweisung oder den Todesfall zu finden.



# Blitzinformation zum Entnehmen für den Notarzt

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>							
<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>Postleitzahl, Ort</b>							
<b>Krankenversicherung</b>	<b>Aufbewahrungsort der Versichertenkarte</b>							
<b>Alleinlebend?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, ich lebe mit folgender Person zusammen:								
<b>Name und Mobilnummer des Lebenspartners</b>								
<b>Ärztliche Diagnosen:</b> (Bitte durch den Hausarzt ausfüllen lassen)								
<b>Name und Telefonnummer des Hausarztes</b>								
Zutreffendes bitte ankreuzen <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <b><u>Gesundheit/ Krankheit</u></b>  <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 C         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <b><u>Formulare/ Ausweise</u></b>  <input type="checkbox"/> Allergiepass  <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung  <input type="checkbox"/> Impfausweis  <input type="checkbox"/> Organspendeausweis  <input type="checkbox"/> Patientenverfügung  <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <b><u>Verfügungen</u></b>            Patientenverfügung vorhanden?  <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein            Liegt bei: _____             Betreuungsverfügung vorhanden?  <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein            Liegt bei: _____         </td> </tr> </table>		<b><u>Gesundheit/ Krankheit</u></b> <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 C	<b><u>Formulare/ Ausweise</u></b> <input type="checkbox"/> Allergiepass <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Impfausweis <input type="checkbox"/> Organspendeausweis <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<b><u>Verfügungen</u></b> Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegt bei: _____  Betreuungsverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegt bei: _____				
<b><u>Gesundheit/ Krankheit</u></b> <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 C	<b><u>Formulare/ Ausweise</u></b> <input type="checkbox"/> Allergiepass <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Impfausweis <input type="checkbox"/> Organspendeausweis <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<b><u>Verfügungen</u></b> Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegt bei: _____  Betreuungsverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegt bei: _____						
<b>Medikamente</b>					<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>	<b>nachts</b>

Das ausgefüllte Blatt soll bitte im Notfall dem Rettungsdienst und dem Krankenhaus ausgehändigt werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift







# Adressen

In diesem Teil der Notfallmappe sind sämtliche wichtigen Adressen und Telefonnummern aufgeführt. Er dient sowohl Ihnen und Ihren Angehörigen zum Nachschlagen als auch möglich eintreffenden Helfern zur Information. Folgende Informationen sind enthalten:

1. PERSÖNLICHE ANGABEN .....	10
2. INFORMATION AN ... ..	10
3. MEIN HAUSARZT .....	11
4. MEINE FACHÄRZTE .....	11
5. MEINE APOTHEKE .....	12
6. AMBULANTER PFLEGEDIENST .....	12
7. NOTFALLRUFNUMMERN .....	12
8. KRANKENVERSICHERUNG.....	13



## 1. Persönliche Angaben

_____	_____
<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
_____	_____
<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>Postleitzahl, Ort</b>
_____	_____
<b>Telefonnummer</b>	<b>Mobilnummer</b>
_____	_____
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>
_____	_____
<b>Konfession</b>	<b>Familienstand</b>
_____	_____
_____	<b>Name des Lebenspartners</b>
_____	<b>Mobilnummer des Lebenspartners</b>

## 2. Information an ...

Im Notfall bitte folgende Person(en) umgehend benachrichtigen:

_____	_____
<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
_____	_____
<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>Postleitzahl, Ort</b>
_____	_____
<b>Telefonnummer</b>	<b>Mobilnummer</b>
_____	_____
<b>Bezug (z. B. Kind, Freund, Nachbar, ...)</b>	
_____	
_____	_____
<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
_____	_____
<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>Postleitzahl, Ort</b>
_____	_____
<b>Telefonnummer</b>	<b>Mobilnummer</b>
_____	_____
<b>Bezug (z. B. Kind, Freund, Nachbar, ...)</b>	



### 3. Mein Hausarzt

Name Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

### 4. Meine Fachärzte

Fachrichtung 1. Arzt

Name Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung 2. Arzt

Name Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung 3. Arzt

Name Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer



## 5. Meine Apotheke

Name der Apotheke (ggf. Ansprechpartner)

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

## 6. Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

## 7. Notfallrufnummern

**Rettungsdienst und Notarzt:** ☎ 112

**Feuerwehr:** ☎ 112

**Polizei:** ☎ 110

**Giftnotruf:** ☎ 089 191212

**Krankentransport:** ☎ 08151 19 222

**Ärztlicher Notdienst:** ☎ 01805 191212

**Apothekennotdienst:** ☎ 01805 191212

**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**

\_\_\_\_\_  
**Telefonnummer der Zusatzversicherung**

\_\_\_\_\_  
**Versichertennummer**

• Pflegezusatzversicherung, falls vorhanden:

\_\_\_\_\_  
**Name der privaten Pflegezusatzversicherung**

\_\_\_\_\_  
**Telefonnummer der Pflegezusatzversicherung**

\_\_\_\_\_  
**Versichertennummer**

• Eigene Ergänzungen





# 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.

<b>1. MEDIZINISCHE DATEN .....</b>	<b>16</b>
<b>2. VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN .....</b>	<b>19</b>



## 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?

\_\_\_\_\_

• Weitere Dauermedikamente

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

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends

• Eigene Ergänzungen



• 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, ...)

ja  nein

Wenn ja, welche Hilfsmittel sind für mich unerlässlich?

---

---

• Organspendeausweis

Haben Sie einen Organspendeausweis?  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)? \_\_\_\_\_

• 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 Starnberg - Betreuungsstelle**

Telefon: 08151 148-349, -487, -300 oder -678  
E-Mail: [betreuungsstelle@lra-starnberg.de](mailto:betreuungsstelle@lra-starnberg.de)

Existiert eine Vorsorgevollmacht/ -verfügung?

nein  ja, diese wird verwahrt bei:

\_\_\_\_\_

**Name**

\_\_\_\_\_

**Straße, Postleitzahl, Ort**

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer**

- 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**

\_\_\_\_\_

**Straße, Postleitzahl, Ort**

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer**





## 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 weiter zu geben.

<b>1. RENTEN</b> .....	<b>22</b>
<b>2. KONTEN</b> .....	<b>23</b>



## 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.

<b>1. KRANKENHAUSAUFENTHALT</b> .....	<b>26</b>
<b>2. TODESFALL</b> .....	<b>27</b>



## 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 Krankenseinweisung
- 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)

### • 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, 112 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

- Eigene Ergänzungen







**Impressum**

Wir bedanken uns beim Seniorenbeirat Herrsching für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Mappe!

**Herausgeber**

Landratsamt Starnberg, Strandbadstraße 2, 82319 Starnberg,  
Telefon: 08151/148-148, Fax: 08151/148-160;  
E-Mail: [info@LRA-starnberg.de](mailto:info@LRA-starnberg.de), Internet: [www.lk-starnberg.de](http://www.lk-starnberg.de)

**Text und Redaktion**

Landratsamt Starnberg, Fachbereich Sozialwesen

**Druck**

Landratsamt Starnberg

**1. Auflage, Mai 2015** Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers