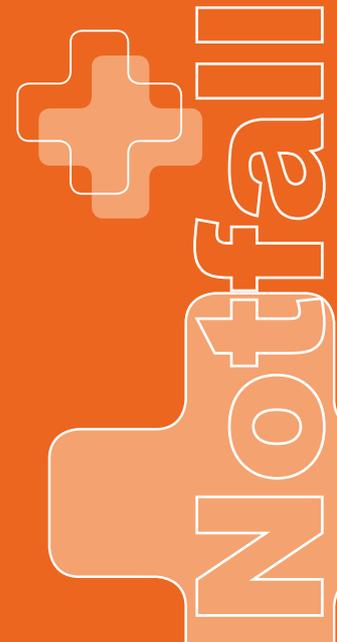


Notfallmappe für

Name

Vorname

Geburtsdatum



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Wichtige Notrufnummern	4
Persönliche Daten	5
Im Notfall zu benachrichtigen	6
Sonstige wichtige Telefonnummern und Adressen	7
Weitere Ärzte / Fachärzte	8
Medizinische Informationen über mich	9
Krankheiten	10
Medikamente	11
Kranken- und Pflegeversicherung	12 - 13
Weitere Versicherungen	14 - 17
Renten / Versorgung	18 - 19
Steuern / Finanzen / Vermögen	20 - 25
Bestehende Verträge	26 - 27
Bestehende Abonnements	27
Bestehende Mitgliedschaften	28
Was muss ich bei einer Krankenhauseinweisung mitnehmen / beachten	29
Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung	30
Nachlassangelegenheiten	31
Notizen	32 - 35
Impressum	36



Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,



wichtige Angelegenheiten gut geregelt und Vorsorge getroffen zu haben, vermittelt uns allen ein Gefühl der Sicherheit. Hierzu kann die Notfallmappe beitragen, denn sie enthält wichtige Adressen, Telefonnummern und Informationen für den Notfall. Diese Situation kann unverhofft eintreten und dann sollte möglichst schnell und gezielt reagiert werden.

Die Broschüre beinhaltet aber auch Seiten, auf denen Sie, Ihr Hausarzt oder ein ambulanter Pflegedienst Vorerkrankungen oder regelmäßig erforderliche Medikamente eintragen können. Darüber hinaus können Sie in der Notfallmappe Angaben zu Versicherungen, zur Altersvorsorge und zum Nachlass festhalten.

Nicht nur Sie selbst haben damit viele Informationen schnell griffbereit, auch Ihre Angehörigen können im Notfall darauf zurückgreifen. Bewahren Sie daher die Notfallmappe sicher und für Sie gut erreichbar auf!

Die Broschüre wurde im Rahmen der Umsetzung des Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts für den Landkreis Altötting erstellt und kann nicht nur eine wertvolle Hilfe für Seniorinnen und Senioren sein, sondern auch für jüngere Mitbürgerinnen und Mitbürger.

Für Fragen „Rund ums Alter“ steht Ihnen das Sachgebiet „Senioren, Integration und Ehrenamt“ zur Verfügung. Die Adresse finden Sie auf der Rückseite. Wenden Sie sich bitte auch an diese Anschrift, wenn Sie zusätzliche Exemplare der Notfallmappe benötigen.

Ihr

A handwritten signature in blue ink that reads "Erwin Schneider". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

Erwin Schneider
Landrat

Wichtige Notrufnummern

Notarzt / Rettungsdienst _____	112
Polizei _____	110
Feuerwehr _____	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst _____	116 117
Giftnotruf _____	089/19240
Telefonseelsorge _____	0800/1110111 und 0800/1110222

Wichtige Angaben beim Notruf:

- 1) Was ist passiert?
- 2) Wo ist es passiert?
- 3) Wie viele Verletzte?
- 4) Welche Art der Verletzung?
- 5) Warten auf Rückfragen!

Persönliche Daten

Name, Vorname	_____	_____
Geburtsdatum und -ort	_____	_____
PLZ, Wohnort, Straße, Nr.	_____	_____
Telefon-Nr. / Handy-Nr.	_____	_____
E-Mail / Telefax	_____	_____
Familienstand / Konfession	_____	_____
Personal-/Reisepass-Nr.	_____	

Ehegatte/in (Lebenspartner/in)

Name, Vorname	_____	_____
PLZ, Wohnort, Straße, Nr.	_____	_____
Telefon-Nr. / Handy-Nr.	_____	_____

Im Notfall zu benachrichtigen:

1. Name, Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

PLZ, Wohnort, Straße, Nr. _____

Telefon-Nr. / Handy-Nr. _____

2. Name, Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

PLZ, Wohnort, Straße, Nr. _____

Telefon-Nr. / Handy-Nr. _____

Wer hat für meine Wohnung einen Schlüssel?

Name, Vorname _____

PLZ, Wohnort, Straße, Nr. _____

Telefon-Nr. / Handy-Nr. _____

Im Notfall zu beachten:

Sonstige wichtige Telefonnummern und Adressen

Hausarzt

Name und Anschrift der Praxis _____

Telefon-Nr. _____

Ambulanter Pflegedienst

Name und Anschrift _____

Telefon-Nr. _____

Apotheke

Name und Anschrift _____

Telefon-Nr. _____

Weitere wichtige Telefonnummern:

Stadt-/Gemeindeverwaltung _____ Pfarramt _____

EC-Kartensperrung _____ Arbeitgeber _____

Nebenberuf / Nebenbeschäftigung _____

Weitere Ärzte / Fachärzte

Weitere Ärzte bei denen ich in Behandlung bin

Name und Anschrift der Praxis _____

Fachrichtung, Telefon-Nr. _____

Name und Anschrift der Praxis _____

Fachrichtung, Telefon-Nr. _____

Name und Anschrift der Praxis _____

Fachrichtung, Telefon-Nr. _____

Zahnarzt

Name und Anschrift _____

Telefon-Nr. _____

Medizinische Informationen über mich

Blutgruppe: _____

Allergien: nein ja, welche _____

Allergiepass vorhanden: nein ja, befindet sich wo: _____

Medikamenten-
unverträglichkeiten: nein ja, welche _____

Notfallpass vorhanden: nein ja, welche(r), befindet sich wo:

Impfbuch vorhanden: nein ja, befindet sich wo: _____

wenn nein: Impfung (Art, Datum): _____

Schwerbehinderung: nein ja, und Art der Behinderung: _____

Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke ...) nein ja, _____

Organspendeausweis nein ja, befindet sich wo: _____

Ich habe folgende Krankheiten:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Medikamente

Einzunehmende Medikamente	Tägliche Einnahmezeit
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends

Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Krankenversicherungskarte befindet sich wo:

Priv. Zusatzkrankenversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Kranken- und Pflegeversicherung

Pflegeversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Priv. Zusatzpflegeversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Weitere Versicherungen

Privathaftpflichtversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Lebensversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Unfallversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Weitere Versicherungen

Hausratversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Gebäudeversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Brandversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Weitere Versicherungen

Sterbegeldversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Bestattungsvorsorgevertrag

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Weitere Versicherung

z.B. Rechtsschutzversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Weitere Versicherungen

Weitere Versicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Kfz-Versicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Kfz-Versicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefon-Nr.

Versicherungsnummer

Renten / Versorgung

Altersrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Betriebsrente / Zusatzrente / Beamtenrechtliche Versorgung

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Hinterbliebenenrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Renten / Versorgung

Private Rentenversicherung / Riesterrente

Versicherungsträger _____

Versicherungsnummer _____

Sonstige Rente / Altersversorgung

(z.B. Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsgenossenschaftsrente, Übergabevertrag, Leibgedinge)

Versicherungsträger _____

Versicherungsnummer _____

Steuern / Finanzen / Vermögen

Steuer-Identifikationsnummer _____

Zuständiges Finanzamt _____

Girokonto Nr. _____

Geldinstitut _____ BIC _____

IBAN _____

Verfügungsberechtigung liegt vor für: _____

Weiteres Konto Nr. _____

Geldinstitut _____ BIC _____

IBAN _____

Verfügungsberechtigung liegt vor für: _____

Steuern / Finanzen / Vermögen

Weiteres Konto Nr.

(z. B. auch im Ausland)

Geldinstitut

 BIC

IBAN

Verfügungsberechtigung liegt vor für:

Bankschließfach Nr.

Geldinstitut

 BIC

IBAN

Bauspar-/Sparvertrag Nr.

Bausparkasse

Name und Anschrift

Steuern / Finanzen / Vermögen

Sparbücher

Wertpapiere

Aktien

Ich habe für folgende Konten Vollmachten über den Tod hinaus ausgestellt auf:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Bank, BIC, IBAN

Name, Vorname, Geburtsdatum

Bank, BIC, IBAN

Name, Vorname, Geburtsdatum

Bank, BIC, IBAN

Aufbewahrungsort(e) der Vollmacht(en):

Steuern / Finanzen / Vermögen

Grund-/Immobilieigentum

Art, Anschrift

Flur-Nr./Gemarkung

Alleineigentümer:

ja nein, wenn nein: Name und Anschrift des Miteigentümers:

Grund-/Immobilieigentum

Art, Anschrift

Flur-Nr./Gemarkung

Alleineigentümer:

ja nein, wenn nein: Name und Anschrift des Miteigentümers:

Steuern / Finanzen / Vermögen

sonstiges Vermögen

Fahrzeug

Amtliches Kennzeichen

Fahrzeug

Amtliches Kennzeichen

Fahrzeug

Amtliches Kennzeichen

Steuern / Finanzen / Vermögen

Verbindlichkeiten

		Tilgung	Fälligkeit
Darlehensgeber	Betrag		

Die Unterlagen befinden sich wo: _____

Bestehende Verträge (z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Kabel, Pay-TV usw.)

Name / Art

Vertragspartner

Bestehende Verträge (z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Kabel, Pay-TV usw.)

Name / Art

Vertragspartner

Name / Art

Vertragspartner

Bestehende Abonnements (z.B. Zeitung, Zeitschriften usw.)

Abonnements:

Bestehende Mitgliedschaften (z.B. Verein, Gewerkschaft, Parteien, Verbände)

Mitgliedschaft bei _____

Name und Anschrift _____

Ansprechpartner _____

Mitgliedschaft bei _____

Name und Anschrift _____

Ansprechpartner _____

Mitgliedschaft bei _____

Name und Anschrift _____

Ansprechpartner _____

Mitgliedschaft bei _____

Name und Anschrift _____

Ansprechpartner _____

Was muss ich bei einer Krankenhauseinweisung mitnehmen / beachten

- Krankenhauseinweisung
- Versichertenkarte
- Personalausweis
- Geld (nur geringer Betrag)
- Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Bisher einzunehmende Medikamente und Medikamentenplan
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Toilettenartikel
- eventuell Hausschlüssel
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere ...)
- gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Durch Unfall, Krankheit und Alter kann es passieren, dass wichtige Angelegenheiten des täglichen Lebens nicht mehr selbstverantwortlich geregelt werden können.

Aus diesem Grunde sollte man sich auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für einen treffen soll, wenn man selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr dazu in der Lage ist und wie die eigenen Vorstellungen und Wünsche dann Beachtung finden können.

Eine Möglichkeit hierzu bietet eine Vorsorgevollmacht bzw. die Patientenverfügung.

Nähere Informationen und Beratung zu diesem Themenbereich erhalten Sie im Landratsamt - Betreuungsstelle - Frau Scholz, Pater-Joseph-Anton-Straße 14, Zimmer 106, Tel. 08671/502-844, sowie bei Notaren und Rechtsanwälten.

Hinweise und Formulierungsvorschläge finden Sie in der Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, die Sie bei der Betreuungsstelle des Landratsamtes Altötting erhalten.

- Ich habe eine Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.
Bitte setzen Sie sich mit meiner Vertrauensperson in Verbindung:**

Name Vorname _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____

Nachlassangelegenheiten

Mein Testament ist aufbewahrt bei:

Mein Testament ist hinterlegt beim Amtsgericht

Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:

Herausgeber

Landratsamt Altötting
Bahnhofstr. 38
84503 Altötting

Jürgen Jordan

Sachgebiet Senioren, Integration
und Ehrenamt
Zimmer 2.35
Telefon 08671/ 502-235

Mo – Fr 08.00 – 12.00 Uhr
Do 14.00 – 18.00 Uhr

E-Mail: juergen.jordan@Lra-aoe.de

Eva-Maria Unterstaller

Sachgebiet Senioren, Integration
und Ehrenamt
Zimmer 2.36
Tel. 08671/502-236

Mo – Fr 08.00 – 12.00 Uhr
Do 14.00 – 18.00 Uhr

eva-maria.unterstaller@Lra-aoe.de

Internet: www.Lra-aoe.de