



# NOTFALL- MAPPE

Vorname

Name

Geburtsdatum

## Inhaltsverzeichnis

Grußwort	3
Wichtige Rufnummern	4
Persönliche Daten	5
Im Notfall zu benachrichtigen	6
Wichtige Telefonnummern und Adressen	7
Ärzte und Fachärzte	8
Medizinische Informationen	9
Medikamente	11
Checkliste Krankenhauseinweisung	15
Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung	16
Nachlassangelegenheiten	17
Bestehende Verträge und Mitgliedschaften	18
Kranken- und Pflegeversicherung	19
Weitere Versicherungen	20
Renten / Versorgung	21
Steuern, Finanzen, Vermögen	23
Sonstiges Vermögen	25
Eigene Notizen	27

## Grußwort des Landrats Thomas Bold

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wir alle kennen Situationen, bei denen schnelles und umsichtiges Handeln erforderlich oder sogar lebensnotwendig werden kann. Hilfe und Unterstützung bei Unfällen oder auch plötzlich auftretenden schweren Erkrankungen gilt es dem Grunde nach mit Besonnenheit und Ruhe zu leisten. Leider ist dies oft leichter gesagt, als getan. Und wenn es dann einmal soweit ist, kommt in der Regel Stress und Hektik auf. Da ist es gut, einen Leitfaden und Wegweiser stets sichtbar und griffbereit zu haben, in dem übersichtlich und leicht verständlich die wichtigsten Informationen und Ansprechpartner zu finden sind.



Mit dieser Notfallmappe möchten wir Ihnen, aber gerade auch Personen, die Ihnen im Notfall Hilfestellung leisten, eine Unterlage zur Verfügung stellen, die in verschiedenen Notsituationen unterstützen soll, richtig und kompetent reagieren zu können. Hier finden Sie unter anderem wichtige Notrufnummern und Adressen.

Die Mappe sollte deshalb an einem sichtbaren und zugänglichen Ort Ihrer Wohnung, zum Beispiel neben dem Telefon, aufbewahrt werden. Wichtig ist aber auch, dass Sie Ihre persönlichen Daten in der Mappe regelmäßig aktualisieren.

Mit dieser Notfallmappe haben Sie und die für Sie sorgenden Menschen alle wichtigen Informationen auf einen Blick. Das gibt Ihnen und denen, die Ihnen helfen wollen, Sicherheit und die Gewissheit, gut gewappnet zu sein.

A handwritten signature in blue ink that reads "Thomas Bold". The signature is fluid and cursive.

Thomas Bold, Landrat

## Wichtige Rufnummern

Notarzt/Rettungsdienst	-----	112
Polizei	-----	110
Feuerwehr	-----	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	-----	116 117
Giftnotruf	-----	089 19240
Telefonseelsorge	----	0800 1110111 und 0800 1110222
EC-Kartensperrung	-----	0180 5021021

## Eigene wichtige Rufnummern

Four horizontal grey bars for entering personal emergency numbers.

## Wichtige Angaben beim Notruf

**Was ist passiert?**

**Wo ist es passiert?**

**Wie viele Verletzte?**

**Welche Art der Verletzung?**

**Warten auf Rückfragen!**

## Persönliche Daten

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefonnummer

Mobilnummer

Familienstand

Konfession

Ausweisnummer

## Persönliche Daten Ehegatte/in oder Lebenspartner/in

Vorname und Name

Adresse

Telefonnummer

Mobilnummer

## Im Notfall zu benachrichtigen

Vorname und Name

Verwandtschaftsverhältnis

Adresse

Telefonnummer

Mobilnummer

## Wer hat für meine Wohnung einen Schlüssel?

Vorname und Name

Adresse

Telefonnummer

Mobilnummer

## Im Notfall zu beachten

---

## Wichtige Telefonnummern und Adressen

### Ambulanter Pflegedienst

Name und Anschrift

Telefonnummer

### Apotheke

Name und Anschrift

Telefonnummer

### Weitere wichtige Telefonnummern

Stadt- / Gemeindeverwaltung

Pfarramt

Arbeitgeber / Nebenjob

Betreuer

## Ärzte und Fachärzte

### Hausarzt

Name und Anschrift

Telefonnummer

### Weiterer Arzt

Name und Anschrift

Telefonnummer

### Weiterer Arzt

Name und Anschrift

Telefonnummer

### Zahnarzt

Name und Anschrift

Telefonnummer



## Medizinische Informationen

[Redacted input field]

Blutgruppe

Allergien ----- Ja  Nein

[Redacted input field]

Welche Allergien

Allergiepass vorhanden ----- Ja  Nein

[Redacted input field]

Aufbewahrungsort

Medikamentenunverträglichkeiten----- Ja  Nein

[Redacted input field]

Welche Unverträglichkeiten

Notfallpass vorhanden ----- Ja  Nein

[Redacted input field]

Aufbewahrungsort

Impfpass vorhanden ----- Ja  Nein

[Redacted input field]

[Redacted input field]

Aufbewahrungsort, wichtige Impfungen  
(wenn kein Impfpass vorhanden)

Schwerbehinderung ----- Ja  Nein

[Redacted area]

Art der Behinderung

Sonstiges ----- Ja  Nein

[Redacted area]

[Redacted area]

Herzschrittmacher, künstliche Gelenke oder ähnliches

Organspendeausweis ----- Ja  Nein

[Redacted area]

Aufbewahrungsort

Krankheiten

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

## Medikamente

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

Einnahmezeitpunkt --- Morgens  Mittags  Abends

Name des Medikamentes

## Checkliste Krankenhauseinweisung

### Was muss ich mitnehmen oder beachten?

- Krankenhauseinweisung -----
- Versichertenkarte -----
- Personalausweis -----
- Geld (nur geringer Betrag) -----
- Brille -----
- Hörgerät -----
- Prothese -----
- Gehilfe -----
- Anschriften/Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Patientenverfügung -----
- Bisher einzunehmende Medikamente -----
- Medikamentenplan -----
- Nachtwäsche -----
- Leibwäsche -----
- Morgenmantel -----
- Hausschuhe -----
- Toilettenartikel -----
- Hausschlüssel -----
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere) -----

## 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 oder bei Rechtsanwälten und Notaren. Ihr Ansprechpartner im Landratsamt ist Michael Müller-Hamak, erreichbar unter Telefonnummer 0971 801-4140

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung --- Ja  Nein   
Bitte setzen Sie sich mit meiner  
Vertrauensperson in Verbindung

Vorname und Name

Adresse

Telefonnummer

Mobilnummer





## Bestehende Verträge und Mitgliedschaften

[Redacted]

Name / Art

[Redacted]

Vertragspartner

[Redacted]

Kontaktdaten

[Redacted]

Name / Art

[Redacted]

Vertragspartner

[Redacted]

Kontaktdaten

[Redacted]

Name / Art

[Redacted]

Vertragspartner

[Redacted]

Kontaktdaten

## Kranken- und Pflegeversicherung

### Krankenversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer

Versicherungsnummer

Aufbewahrungsort Versichertenkarte

### Pflegeversicherung

Zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer

Versicherungsnummer

Aufbewahrungsort Versichertenunterlagen







## Steuern, Finanzen, Vermögen

### Steuer

Steuer-Identifikationsnummer

Zuständiges Finanzamt

### Girokonto

Geldinstitut und BIC

IBAN

Bankvollmacht liegt vor für / Aufbewahrungsort

### Weiteres Konto

Geldinstitut und BIC

IBAN

Bankvollmacht liegt vor für / Aufbewahrungsort

## Weiteres Konto (zum Beispiel auch im Ausland)

Geldinstitut und BIC

IBAN

Bankvollmacht liegt vor für / Aufbewahrungsort

## Weiteres Vermögen

(Zum Beispiel: Bankschließfach, Bausparvertrag, Sparbücher, Wertpapiere, Aktien)









A collection of 18 horizontal lines for writing, arranged in a vertical column on the page.







## Weitere Informationen

Bürgerservice Landratsamt -----0971 801-0  
Hilfe zur Pflege -----0931 7959 11 43 oder -11 41  
Beratung für ältere Menschen -----0971 801-5201  
Hilfe zum Lebensunterhalt im Alter -----0971 801-2130  
Fachstelle für Pflegende Angehörige Bad Kissingen - 0971 72469113  
Fachstelle für Pflegende Angehörige Münnerstadt - 09733 7876914  
Schuldnerberatung -----0971 801-2030

www.beratungswegweiser-kg.de

Wir bedanken uns ganz herzlich beim Seniorenbeirat der Stadt Bad Kissingen. Die dort erstellte Notfallmappe diente als Grundlage für die vorliegende Broschüre.

---

Verantwortlich für den Inhalt:  
Landkreis Bad Kissingen  
Projektmanagement „Demographie“

Antje Rink  
Obere Marktstraße 6  
97688 Bad Kissingen  
Fon 0971 801-5201  
antje.rink@kg.de

4. Auflage, Juni 2018

Umsetzung: Gerryland Advertising GmbH, Würzburg  
Druck: SAXOPRINT GmbH, Dresden

Das Projektmanagement „Demographie“ wird im Rahmen des Regionalmanagements gefördert durch das Bayerische Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat.

 Regionalmanagement  
Bayern

