



Stadt
Landau
a.d.Isar

Notfallmappe

„Im Notfall – vorgesorgt“

der Stadt Landau a.d.Isar

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____



INHALTSVERZEICHNIS

1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN	Seite
1.1. Umgang mit dem Handbuch	3
1.2. Notrufnummern	5
1.3. Notfallpässe	6
2. PERSÖNLICHE DATEN	
2.1. Angaben zur Person	7
2.2. Persönliche Vollmachten und Verfügungen	10
2.3. Persönliche Notrufnummern	11
2.4. Medizinische Daten	14
2.5. Finanzielles	20
2.6. Versicherungen	26
3. CHECKLISTEN	
3.1. Für die Krankenhauseinweisung	32
3.2. Für den Todesfall	33
4. ANLAGEN	
4.1. Vorsorgevollmacht	34
4.2. Patientenverfügung	34
4.3. Betreuungsverfügung	34

1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

1.1. Umgang mit der Mappe

In unserer Mappe „Im Notfall – vorgesorgt!“ und den dazu gehörenden Anlagen finden Sie nützliche Dokumentationshilfen und Formulare. Weitere Informationen zu den einzelnen Dokumenten können Sie bei einem Notar, Rechtsanwalt oder bei der Seniorenkontaktstelle im Landratsamt erhalten.

Zusätzlich bietet Ihnen die Mappe die Möglichkeit, sämtliche Sie selbst betreffende Informationen übersichtlich zusammenzustellen, die für diejenigen wichtig sein können, die möglicherweise für Sie spontan oder langfristig handeln sollen. Sie können Ihre persönlichen Daten, Adressen und Telefonnummern, Ihre behandelnden Ärzte, regelmäßig einzunehmende Medikamente, chronische Krankheiten und Allergien in dafür vorgesehene Übersichten eintragen. Diese Daten stellen für den Notarzt, den Rettungsdienst oder das Krankenhaus eine wichtige Hilfestellung dar. Darüber hinaus können Sie berufliche Hinweise geben, Angaben über Renten, Finanzen, Mitgliedschaften und Versicherungen machen oder darauf hinweisen, wo sich die entsprechenden Unterlagen befinden.

Wichtig ist, dass Sie Ihre Angaben bzw. Ihre Einträge immer wieder aktualisieren. Ebenso sollten Sie bei Bedarf die überholten ausgedruckten Seiten austauschen, da veraltete Daten zu falschen Schlüssen führen können. Sie können so zu jeder Zeit sicher sein, dass Ihnen in der Weise geholfen wird, wie Sie es wünschen.

Bewahren Sie die ausgedruckte Mappe leicht erreichbar auf. Weisen Sie auch Ihre Angehörigen auf die Mappe hin.

Auf Seite 6 der Mappe befinden sich Notfallpässe. Füllen Sie diese aus und führen Sie diese stets bei sich, damit Ihnen auch in einem Notfall schnell und individuell geholfen werden kann und Ihre Angehörigen verständigt werden.

Ansprechpartner und weitere Informationen

Seniorenkontaktstelle des Landkreises Dingolfing-Landau im Landratsamt
Obere Stadt 1, 84130 Dingolfing
Tel.: 08731/87-444
Fax: 08731/87-744
E-Mail: info@landkreis-dingolfing-landau.de
<https://www.landkreis-dingolfing-landau.de/verwaltung/seniorenkontaktstelle/>

Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter“, herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz, mit wertvollen Hinweisen und Antworten zur Patientenvorsorge unter www.justiz.bayern.de

Broschüre über die Patientenverfügung, herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz, mit Hilfestellung, Empfehlungen und Textbausteinen für eine individuelle Patientenverfügung unter www.bmjv.de

Hospizgruppe Dingolfing-Landau e.V.
Tel.: 09951/6025809
Mobil.: 0160/93548869
E-Mail: mail@hospizgruppe.info
www.hospizgruppe.info

Haftungsausschluss

Die Nutzung dieser Online-Mappe „Im Notfall – vorgesorgt!“ liegt in der vollen Verantwortung des Eigentümers. Die Stadt Landau als Herausgeber weist hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie keinerlei Haftung für die vom Eigentümer dieser Mappe selbst zu treffenden Regelungen übernehmen kann. Ebenso ist die Haftung für eine missbräuchliche Verwendung jeder Art ausgeschlossen.

1.2. Notrufnummern

- **Integrierte Leitstelle ILS** 112
Notfallrettung, Rettungsdienst, Krankentransport

- **Ärztlicher Bereitschaftsdienst** 116 117
Medizinische Hilfe in der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen
Der Patientenservice ist rund um die Uhr erreichbar.

- **Zahnärztlicher Bereitschaftsdienst** 116 117
Zahnärztliche Hilfe an Wochenenden, Feier- und Brückentagen
www.notdienst-zahn.de

- **Apotheken-Notdienst** 0800 002 283 3
außerhalb der Apotheken-Öffnungszeiten

- **DONAUISAR Klinikum Landau** 09951 751

- **Schlaganfall-Hotline** Mainkofen „Stroke Unit“ 09931 87153

- **Giftnotruf München** 089 19 240
Toxikologische Abteilung der II. Med. Klinik und Poliklinik, Rechts der Isar der TU München

- **Feuerwehr/Rotes Kreuz – Integrierte Leitstelle (ILS)** 112

- **Polizei** 110

- **Kartensperrung für EC- und Kreditkarten** 116 116

- **Stadtwerke Störungsdienst** 09951 955 0

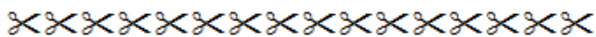
▪ **weitere Rufnummern:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

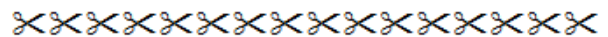
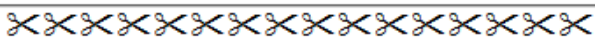
1.3. Notfallpässe

Die Notfallpässe beinhalten die wichtigsten Informationen im Ernstfall. Neben den eigenen Personen- und Gesundheitsdaten sind die Kontaktdaten der Personen enthalten, die im Notfall verständigt werden sollen.

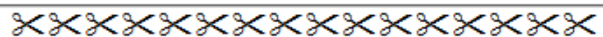
Tragen Sie den Notfallpass am besten immer bei sich (z.B. Geldbörse).



Notfallpass	
Polizei 110 Rettungsdienst 112	
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon mobil:	
Bitte verständigen Sie:	
Telefon mobil:	
Mein Hausarzt:	
Diabetiker:	ja / nein
Blutgruppe:	
Meine Notfallmappe befindet sich	
bei:	
Anschrift:	
Weitere Angaben sind evtl. auf der Rückseite!	



Notfallpass	
Polizei 110 Rettungsdienst 112	
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon mobil:	
Bitte verständigen Sie:	
Telefon mobil:	
Mein Hausarzt:	
Diabetiker:	ja / nein
Blutgruppe:	
Meine Notfallmappe befindet sich	
bei:	
Anschrift:	
Weitere Angaben sind evtl. auf der Rückseite!	



2. PERSÖNLICHE DATEN

2.1. Angaben zur Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Familienstand

Konfession

Kirchengemeinde

Steuer-Identifikationsnummer

Sozialversicherungsnummer

Ehegatte / Lebenspartner

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon / Mobil

E-Mail

Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / des Ehevertrages / Partnervertrages

Bei Scheidung: Verwahrung des Scheidungsurteils

Kinder und Enkel

Name, Vorname, Adresse, Telefon

Eltern und Geschwister

Name, Vorname, Adresse, Telefon

Eventuell gesondertes Blatt beifügen

Arbeitnehmer

Tätigkeit

Personalnummer

Name des Arbeitgebers

Adresse des Arbeitgebers: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Bei Selbstständigkeit

Name der Firma

Anschrift der Firma: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Homepage, E-Mail

Handelsregister, Finanzamt

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung

2.2. Persönliche Vollmachten und Verfügungen

Vorsorgevollmacht

Ja

Nein

Verwahrung

Bevollmächtigte/r

Betreuungsverfügung

Ja

Nein

Verwahrung

hinterlegt bei

Patientenverfügung

Ja

Nein

Verwahrung

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben

Personen, die eine Vollmacht haben, meine Patientenverfügung durchzusetzen

2.3. Persönliche Notrufnummern

Hausarzt/-ärztin

Name

Telefon / Mobil

Facharzt/-ärztin

Name

Telefon / Mobil

Fachrichtung

Apotheke

Name

Telefon / Mobil

Pflegedienst (Name, Telefon) _____

Hausnotruf (Institution, Telefon) _____

Essen auf Rädern (Institution, Telefon) _____

Besuchsdienst (Name, Telefon) _____

Haushalts- oder sonstige Hilfe
(Name, Telefon, Art der Hilfe) _____

Bestattung

Liegt ein Bestattungsvertrag bereits vor?
Mit wem wurde der Vertrag geschlossen?

Ja Nein

Name des Instituts/der Firma

Im Notfall zu benachrichtigen

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

Einen Ersatzschlüssel hat

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Persönliche Wünsche

Im Notfall wünsche ich mir Beistand durch einen Seelsorger	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Meine Konfession:	<input type="checkbox"/> r.kath.	<input type="checkbox"/> ev.luth.
Andere Religionszugehörigkeit:	_____	
_____	_____	_____
Pfarramt	Telefon	

Für den Fall, dass es Ihnen in einer Notsituation nicht möglich ist, sich zu äußern, können Sie hier Wünsche für Ihr persönliches Wohlergehen aufschreiben.

2.4. Medizinische Daten

Grunderkrankungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden (z. B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Organleiden | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
-
-
-
-
-
-
-
-

Blutgruppe

- 0 A B AB

- Rhesusfaktor positiv negativ

Unterlagen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medikamentenplan * | <input type="checkbox"/> Marcumarpass |
| <input type="checkbox"/> Diabetikerausweis | <input type="checkbox"/> Dialysepass |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherausweis | <input type="checkbox"/> Impfausweis |
| <input type="checkbox"/> Röntgenpass | <input type="checkbox"/> Organspendeausweis |
| <input type="checkbox"/> Allergiepass | <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Blutgruppe | (GdB:_____) |
| <input type="checkbox"/> Implantatausweis | <input type="checkbox"/> Brillenpass |
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Allergien

Medikamentenunverträglichkeiten

*Medikamentenplan siehe Seite 17

Hilfsmittel

Hörhilfen

Gehhilfen

Sehhilfen

Inkontinenz-Artikel

Atemhilfen

Wenn ja, welche _____

Weitere Hilfsmittel _____

Einschränkungen

Mobilität _____

Ausscheidung _____

Ernährung _____

Orientierung _____

Hinweise

Weglauftendenzen

Andere Gefährdungen:

Sturzgefährdung _____

Orientierungsstörung _____

Weitere Hinweise (z. B. Schmerzproblematik)

Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen

ambulant (Arztpraxis oder Krankenhausambulanz o.Ä.)

Datum	Art der Untersuchung/Behandlung	Name der behandelnden Arztes

Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen

stationär (Behandlungen im Krankenhaus)

Datum	Art der Untersuchung/Behandlung	Institution/Krankenhaus

2.5. Finanzielles

Konten / Kreditkarten / Depots

Konto-Nr. _____ bei der Bank

Außer mir ist verfügbungsberechtigt:

Konto-Nr. _____ bei der Bank

Außer mir ist verfügbungsberechtigt:

Konto-Nr. _____ bei der Bank

Außer mir ist verfügbungsberechtigt:

Weitere Konten

Konto-Nr. / Kontoart _____ bei der Bank

Konto-Nr. / Kontoart _____ bei der Bank

Konto-Nr. / Kontoart _____ bei der Bank

Kreditkarten

Karten-Nr. _____ Gesellschaft

Karten-Nr. _____ Gesellschaft

Karten-Nr. _____ Gesellschaft

Depots

Konto-Nr.

bei der Bank

Konto-Nr.

bei der Bank

Konto-Nr.

bei der Bank

Sonstige Geldanlagen

Sparverträge, Bausparverträge usw.

Bankschließfach

Geldinstitut

Schließfachnummer

Außer mir ist verfügbarechtig:

Der Schlüssel befindet sich

Kontovollmacht

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

bei Bank / Sparkasse

Name, Vorname

Geburtsdatum

bei Bank / Sparkasse

Unterlagen sind zu finden:

Verbindlichkeiten

Testament

Ist ein Testament vorhanden?

Ja Nein

Wo ist es hinterlegt oder wo befindet es sich?

Bestehende Verträge

Mietvertrag/-verträge

Telefon, Internet mit Kunden-Nr. und Anbieter

Strom, Gas, Wasser und Kunden-Nr. und Anbieter

Rundfunk mit Mitgliedsnummer bei der Gebühreneinzugszentrale

Grund- und Immobilieneigentum

In meinem / unseren Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flur-Nr.	Allein-/Miteigentümer

Unterlagen zu den Immobilien befinden sich evtl. bei einem Notar, Rechtsanwalt oder an einer anderen Stelle. Wenn dies der Fall sein sollte, dann bitte nachfolgend den Ort (Name, Adresse) der Hinterlegung angeben:

Mitgliedschaften

Ich bin Mitglied bei folgenden Institutionen, Vereinen und Organisationen:

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

2.6. Versicherungen

Krankenversicherung

Name der Versicherung

Telefon

Versicherten-Nummer

Zuzahlungsbefreiung

Ja

Nein

(Wenn ja, Kopie des Befreiungsausweises hier einheften)

Aufbewahrungsort der Gesundheitskarte

Pflegeversicherung

Name der Versicherung

Pflegegrad	Keine <input type="checkbox"/>	Beantragt <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Datum							

Private Krankenversicherung/en / Krankenzusatzversicherung/en

Name der Versicherung

Versicherungs-Nummer

Verwahrung der Unterlagen

Altersrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Bescheid vom

Rentenbescheid ist zu finden

Betriebsrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Unterlagen sind zu finden

Witwen- / Witwerrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Bescheid vom

Rentenbescheid ist zu finden

Zusatzversicherung für die Altersversorgung

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Unterlagen sind zu finden

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Unterlagen sind zu finden

Weitere Altersvorsorgen

(Hinweise auf Art und Anschrift, Versicherungsnummer, Verwahrung)

Eventuell gesondertes Blatt beifügen

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde

Telefon

Personalnummer / Aktenzeichen

Unterlagen sind zu finden

Sterbegeldversicherung

Versicherung-Nummer

Versicherungsgesellschaft

Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefon

Unterlagen sind zu finden

Sach- und Haftpflichtversicherung

Lebensversicherung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsgesellschaft

Unfallversicherung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsgesellschaft

Haftpflichtversicherung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsgesellschaft

Hausratversicherung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsgesellschaft

Gebäudeversicherung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsgesellschaft

Feuerversicherung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsgesellschaft

Rechtsschutzversicherung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsgesellschaft

Fahrzeuge/ Verkehrsversicherungen

In meinem Besitz befinden sich folgende Fahrzeuge:

Hersteller / Typ

Kfz-Kennzeichen

Standort

Kfz-Versicherungs-Nummer

Versicherungsgesellschaft

Hersteller / Typ

Kfz-Kennzeichen

Standort

Kfz-Versicherungs-Nummer

Versicherungsgesellschaft

Private Zusatzversicherungen

Versicherungs-Nummer

Versicherungsgesellschaft

Art der Versicherung

Versicherungs-Nummer

Versicherungsgesellschaft

Art der Versicherung

Versicherungs-Nummer

Versicherungsgesellschaft

Art der Versicherung

Evtl. örtlich zuständiger Versicherungsvertreter mit Anschrift und Telefonnummer

3. CHECKLISTEN

3.1. Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes (Notruf 112) genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten.
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Personalausweis
- Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht
- Bisher einzunehmende Medikamente und aktueller Medikamentenplan
- aktuelle ärztliche Berichte und Befunde
- Medizinische Ausweise oder Pässe
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Wäsche, Bade- oder Morgenmantel, Handtücher, Hausschuhe
- Leibwäsche, Jogginganzug, Taschentücher, Strümpfe
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Geld (nur geringer Betrag)
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Persönliche Gegenstände wie Buch, Foto, Zeitschriften
- Uhr oder Wecker
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

Bereiten Sie evtl. schon vorsorglich eine **Bereitschaftstasche** mit dieser Ausstattung vor.

3.2. Erste Schritte bei einem Todesfall

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.

- Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen.
Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Integrierte Leitstelle (ILS) Tel.-Nr. 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
- Nächste Angehörige benachrichtigen
- Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung und überlegen, ob Feuer- oder Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab oder Urnengrab/-nische oder das Institut verständigen, mit dem ein Bestattungsvertrag bereits abgeschlossen wurde.
- Ggf. Pfarramt informieren und Termine absprechen.
- Spätestens am folgenden Werktag die Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen (erfolgt i.d.R. durch Bestatter).

Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:

- Personalausweis des/der Verstorbenen / Meldebescheinigung
- Todesbescheinigung
- Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
- Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
- Evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet.
- Mehrfache Sterbeurkunden ausstellen lassen (gebührenpflichtig)
- Evtl. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
- Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber des Verstorbenen und an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen.
- Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen.
- Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und der Krankenkasse, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen.
- Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Internet, Strom, Gas, GEZ etc.), eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge und evtl. Kfz-Abmeldung
- Rente abmelden bzw. Witwen-/Witwerrente beantragen beim Standesamt der Wohnsitzgemeinde

4. ANLAGEN

4.1. Vorsorgevollmacht

<https://www.landkreis-dingolfing-landau.de/landkreis/gesundheit-und-soziales/betreuungsstelle/?Vorsorgevollmacht&view=org&orgid=98a76bbd-045c-446e-a888-86999b37b975>

4.2. Patientenverfügung

<https://www.landkreis-dingolfing-landau.de/landkreis/gesundheit-und-soziales/betreuungsstelle/?Patientenverfuegung&view=org&orgid=d9155d0e-afa7-483c-b849-7eb59e380c42>

4.3. Betreuungsverfügung

<https://www.landkreis-dingolfing-landau.de/landkreis/gesundheit-und-soziales/betreuungsstelle/?Betreuungsverfuegung&view=org&orgid=ae233464-a9a1-4352-a45f-3270a4347b1b>

Durch Angabe der Links haben Sie Zugriff auf die aktuellsten Versionen der o.g. Verfügungen. Sollten Sie keinen Drucker besitzen, können die Beschäftigten der Stadt Landau a.d.Isar Ihnen diese Notfallmappe mit den dazugehörigen Anlagen gerne ausdrucken.