

# **NOTFALLMAPPE**

## **Teil 1: Medizinischer Teil**

**In Kooperation**



**ÄKV BERCHTESGADENER LAND**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Diese Notfallmappe gehört:**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Notfallmappe wurde im Landkreis Traunstein von den Kliniken Südostbayern, dem Ärztlichen Kreisverband und Vertretern der Seniorenarbeit entwickelt. Als Vorlage dienten die Notfallkarten des Landkreises Schwandorf sowie der Seniorenbeiräte der Städte Trostberg und Traunreut.

Die Notfallmappe wurde dem Landkreis Berchtesgadener Land zur Verfügung gestellt. Vielen Dank!

**Kontakt:**

Pflegestützpunkt Berchtesgadener Land

Salzburger Straße 64

83435 Bad Reichenhall

Telefon: 0049 8651 773-885

E-Mail: [pflegestuetzpunkt-bgl@lra-bgl.de](mailto:pflegestuetzpunkt-bgl@lra-bgl.de)

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

Stand: April 2023

## **VORWORT**

Krankheit und Alter machen vor Keinem halt. Die rechtzeitige Vorsorge sollte deshalb für jeden von uns selbstverständlich sein.

Um Ihnen dies zu erleichtern, wurde die vorliegende Notfallmappe entwickelt.

Sie wird Ihnen und Ihren Angehörigen helfen, im Notfall (z. B. bei einer Klinikeinweisung) schnell alle notwendigen Schritte einzuleiten und wichtige Aufgaben zu erledigen. Täglich sind Menschen von einer Minute zur anderen auf fremde Hilfe angewiesen und können den eigenen Willen nicht mehr artikulieren. Dafür finden Sie in der Notfallmappe wichtige Telefonnummern und Hinweise bzw. eine systematische Anordnung aller relevanten Aspekte. Damit haben Sie bzw. Ihre Helfer (z. B. Ärzte und Angehörige) alle nötigen Informationen schnell und sicher zur Hand. Diese sollten aber nur Vertrauenspersonen zugänglich sein.

Nehmen Sie sich Zeit, die Notfallmappe nach Ihren Bedürfnissen (und vor allem im medizinischen Teil vollständig) auszufüllen und falls notwendig, die Angaben mit Ihren Angehörigen oder Beauftragten zu besprechen. Denken Sie bitte daran, die Angaben regelmäßig zu überprüfen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie unter Zuhilfenahme der Notfallmappe für den - hoffentlich nicht eintretenden - Ernstfall vorsorgen und damit eine schnelle und zielgerichtete Hilfe erleichtern.

# **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>TEIL 1: MEDIZINISCHER TEIL – DATEN FÜR DEN NOTFALL .....</b>	<b>6</b>
<b>Daten für den Notfall.....</b>	<b>6</b>
Wichtige Rufnummern .....	6
Karte für die Geldbörse: (Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung) ..	7
Krankenhaus-Einweisung (vorbereitende Maßnahmen) .....	8
<b>Persönliche Daten .....</b>	<b>9</b>
Persönliche Daten .....	9
Im Notfall benachrichtigen .....	10
Im Notfall zu beachten .....	11
<b>Gesundheit / Krankheit .....</b>	<b>11</b>
Medizinische Daten / Medikamentenplan / Befunde / Berichte .....	11
Behandelnde Ärzte / Ärztinnen .....	15
Krankenversicherung(en) / Pflegeleistungen .....	17

## **EINLEITUNG**

Sehr geehrter Besitzer, sehr geehrte Besitzerin dieser Notfallmappe,

eigenverantwortlich möchten Sie sich für den Ernstfall vorbereiten - **eine gute Entscheidung!**

Mit diesem Ordner verschaffen Sie sich und Ihren Angehörigen einen umfassenden Überblick über Ihre wichtigsten persönlichen Unterlagen – für alle Fälle.

Hier können Sie wichtige Dokumente übersichtlich zusammenstellen, sortieren, aufbewahren und evtl. andere Aufbewahrungsorte vermerken. So lässt sich Wichtiges kurzfristig finden. In einem Notfall fehlt meist die Zeit und die Ruhe des Suchens! Bitte legen Sie den Teil 1 (medizinischer Teil) **für alle sichtbar**, z. B. bei den Medikamenten, bereit. Sie haben die Möglichkeit, individuelle Notizen auf Vordrucken zu vermerken und auch zu ergänzen. Anhand von Dokumenten-Checklisten sind wichtige Unterlagen sofort griffbereit.

Außerdem finden Sie wichtige Informationen und nützliche Hinweise zum Beispiel zu den Themen Krankenhauseinweisung oder Trauerfall.

Denken Sie daran, Ihre Daten nur Vertrauenspersonen zugänglich zu machen.

Um Ihnen die Suche zu erleichtern, haben wir die Notfallmappe in einen

- ◆ **Teil 1: Medizinischer Teil - Daten für den Notfall** (roten Ordner verwenden) und einen
- ◆ **Teil 2: Wirtschaftlicher Teil - Weitere Daten und Informationen** (blauen Ordner verwenden)

gegliedert.

Wir wünschen Ihnen das gute Gefühl, vorbereitet zu sein!

# **TEIL 1: MEDIZINISCHER TEIL**

## **Daten für den Notfall**

### **Wichtige Rufnummern**

<b>Polizei</b>	<b>110</b>
<b>Rettungsdienst (Notarzt / Notärztin / Feuerwehr)</b>	<b>112</b>

### **Bitte unbedingt angeben:**

- ◆ **Wer ruft an?**
- ◆ **Wo ist etwas passiert?**
- ◆ **Was ist passiert?**

<b>Kassenärztlicher Notfalldienst / Bereitschaftsdienst</b>	<b>116 117</b>
---	----------------

### **Hausarzt / Hausärztin:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **Haupt-Kontaktperson** (weitere Kontaktpersonen siehe Seite ....):

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Karte für die Geldbörse (Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung) :**

	JA	NEIN
Ich habe eine Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweis:**

Original ist hinterlegt bei (Name): \_\_\_\_\_

**Zur Aufbewahrung in der Geldbörse/bei den Ausweispapieren u.s.w.**

**bitte ausfüllen und ausschneiden:**

✂.....

Ich habe eine Betreuungsverfügung

Ich habe eine Vorsorgevollmacht

Ich habe eine Patientenverfügung

<b>Mein Name</b>	
<b>Meine Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

**Meine Vertrauensperson ist:**

Name	
Anschrift	
Telefonnummer	

Ich habe eine Betreuungsverfügung

Ich habe eine Vorsorgevollmacht

Ich habe eine Patientenverfügung

<b>Mein Name</b>	
<b>Meine Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

**Meine Vertrauensperson ist:**

Name	
Anschrift	
Telefonnummer	

## **Krankenhaus-Einweisung (vorbereitende Maßnahmen)**

- ◆ Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben
- ◆ Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- ◆ Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle wegräumen)
- ◆ Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- ◆ Notfallmappe
- ◆ Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- ◆ Toilettenartikel, gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- ◆ Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- ◆ Bisher einzunehmende Medikamente, Medikamentenplan
- ◆ Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- ◆ Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- ◆ Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ◆ Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen



## 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 Geburtsort	
Wohnung der Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	Handy des Ehegatten

**Pflegegrad** (bitte gegebenenfalls ankreuzen):

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Im Notfall benachrichtigen

<b>Name 1</b>	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

<b>Name 2</b>	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

<b>Name 3</b>	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

## Im Notfall zu beachten

### ◆ Personen, die für meine Wohnung einen Schlüssel besitzen

Name(n): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ◆ Haustiere

Versorgung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Gesundheit / Krankheit

### Medizinische Daten / Medikamentenplan / Befunde / Berichte

- Medikamentenplan vorhanden
- Medikamentenplan nicht vorhanden
- Aktuelles Laborblatt
- Facharztberichte
- Krankenhausaufenthalte

**Nach dieser Seite gegebenenfalls aktuellen Medikamentenplan / aktuelles Laborblatt / Facharztberichte / Krankenhausaufenthalte etc. einfügen / einheften.**

Weitere medizinische Daten:

**Blutgruppe** (zutreffendes bitte ankreuzen):

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	AB <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	positiv <input type="checkbox"/>	negativ <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Allergien	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Allergiepass vorhanden		
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

<b>Impfungen</b>	
Impfbuch vorhanden	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

<b>Anfallsleiden</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Nähere Beschreibung	

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

<b>Transplantationen</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Art der Transplantation und weitere Angaben	

**Organspende-Ausweis**

JA

NEIN

Ausweis befindet sich

**Sonstiges**

## Behandelnde Ärzte / Ärztinnen

Ärzte, bei denen ich ständig in Behandlung bin

<b>Name des Arztes</b>		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

<b>Name des Arztes</b>		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

<b>Name des Arztes</b>		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

<b>Name des Arztes</b>		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

<b>Name des Arztes</b>		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

<b>Name des Arztes</b>		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse



## Krankenversicherung(en) / Pflegeleistungen

### Gesetzliche Krankenkasse

Name der Krankenkasse	
Anschrift	
Telefonnummer	
Nummer der Versichertenkarte	
Versichertenkarte befindet sich	

### Private Krankenkasse / Krankenhauszusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

### Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

### Pflegeleistungen

Pflegeleistungen vorhanden	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Angaben zu beauftragten Pflegediensten (Name, Anschrift, usw.)	