

Für den Notfall

(Bitte neben das Telefon legen)

Polizei	110
Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)	112
Schlaganfall-Telefon	112

Hausarzt:

Name Telefonnummer

Mein Name / Vorname

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Kontaktperson:

Name Telefonnummer

Adresse

Für den Notfall (Zur Aufbewahrung in der Börse)

Polizei	110
Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)	112
Schlaganfall-Telefon	112

Hausarzt:

Name

Telefonnummer

Mein Name / Vorname

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Kontaktperson:

Name Telefonnummer

Adresse

Für den Notfall (Zur Aufbewahrung in der Börse)

Polizei	110
Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)	112
Schlaganfall-Telefon	112

Hausarzt:

Name

Telefonnummer

Mein Name / Vorname

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Kontaktperson:

Name Telefonnummer

Adresse

Vorwort



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

„wer klug ist, sorgt vor“ – so sagt es der Volksmund. Und auch wir wollen, dass Sie in jeder Lebenslage sicher sein können, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird. Dabei soll Ihnen diese Mappe helfen, indem sie eine Ihnen vertraute Person mit klaren Handlungsanweisungen und allen nötigen Informationen versorgt.

Im Wesentlichen enthält diese Notfallmappe Formulare und Karten, auf denen Sie Informationen eintragen können, die in einem Notfall von Bedeutung sein könnten. Das beginnt bei der Rufnummer Ihres Hausarztes, die Sie auf die Notfallnotiz schreiben und am besten neben Ihrem Telefon aufbewahren sollten. Die Notfallkarte ist dafür gedacht, dass Sie diese immer mit sich führen und im Fall eines Falles sofort wissen, an wen Sie sich wenden können.

Diese beiden Dokumente wurden von einer Arbeitsgruppe des Landespräventionsrats erarbeitet. Die Dokumente gibt es in ähnlicher Form im Internet unter www.landespraeventionsrat.hessen.de in 13 weiteren Sprachen zum Herunterladen.

Die anderen Inhaltsblätter der Mappe hat die Landessenorenvertretung Hessen e.V. erarbeitet. Auf diesen können Sie persönliche und medizinische Daten sowie Vorsorgevollmachten und Verfügungen eintragen.

Ich hoffe, dass möglichst viele Bürgerinnen und Bürger dieses Angebot annehmen und ihnen dadurch im **Notfall leichter geholfen** werden kann.

Ihre

A handwritten signature in black ink that reads "Silke Lautenschläger". The signature is written in a cursive style.

Silke Lautenschläger

Hessische Sozialministerin

Notfall-Mappe von:

Inhalt

1	Persönliche Daten	1
1.1	Familie	3
1.2	Berufliches	4
1.3	Im Notfall benachrichtigen	5
1.4	Personen, die keine Nachricht erhalten sollen	5
1.5	Wichtige Rufnummern	6
1.6	Rente / Versorgung	7
1.7	Krankenversicherung	9
2	Medizinische Daten - Gesundheitszustand	10
3	Notfall-Ausweise	13
4	Organspende-Ausweis	13
5	Vorbemerkungen zu Vorsorgevollmacht und Vorsorgeverfügungen	14
5.1	Vorsorgevollmacht / Vorsorgeverfügungen	15
6	Finanzen	17
6.1	Verbindlichkeiten	18
6.2	Hinweise auf bestehende Verträge	18
7	Fahrzeuge	19
7.1	Fahrzeug- / Verkehrsversicherungen	20
8	Sach- und Haftpflichtversicherungen	22
9	Mitgliedschaften	23
10	Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung	24
11	Checkliste für den Fall meines Todes	25

1 Persönlichen Daten

Name Vorname/n

Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer Handy

Mail-Adresse

Konfession Kirchengemeinde

Taufe / Sonstiges

Familienstand Ehegatte: Name / Vorname/n

Evtl. frühere/r Name/n des Ehegatten

Wohnung des Ehegatten

Telefonnummer des Ehegatten Handy des Ehegatten

Tag und Ort der Eheschließung Standesamt

Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches

Bei Tod des Ehegatten: Verwahrung der Sterbeurkunde

Güterstand, Ehevertrag

Verwahrung des Ehevertrags

Bei Scheidung: Datum, Gericht

Verwahrung des Scheidungsurteils

Bei eingetragener Lebenspartnerschaft: Name / Vorname/n des Partners

Vermögensstand

Verwahrung des Partnerschaftsvertrags

1.1 Familie

Kinder und deren Kinder: (Name, Vorname/n, Geburtstag, -ort, Adresse, Telefonnummer)

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

Eltern, Geschwister: Name, Vorname/n, Geburtstag, -ort, Adresse, Telefonnummer

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

1.2 Berufliches

Arbeitnehmer: Tätigkeit /en

Personalnummer

Name des Arbeitgebers

Adresse des Arbeitgebers: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Bei Selbständigkeit: Name der Firma

Anschrift der Firma: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handelsregister, Finanzamt

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung

Eventuell gesondertes Blatt beifügen/einkleben

1.3 Im Notfall benachrichtigen

Folgende Personen bitte umgehend benachrichtigen: (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail-Adresse)

Personen, die für meine Wohnung / Zweitwohnung / Büro / Lager / Garage oder sonstige Räume / Behältnisse Schlüssel besitzen:

1.4 Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en

1.5 Wichtige Rufnummern

Mein Hausarzt:

Name _____ Telefonnummer _____

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name _____ Telefonnummer _____

Fachrichtung _____

Name _____ Telefonnummer _____

Fachrichtung _____

Name _____ Telefonnummer _____

Fachrichtung _____

Mein ambulanter Pflegedienst:

Name _____ Telefonnummer _____

Notdienst / Krankentransport:

Name _____ Telefonnummer _____

Amtsgericht:

Sachbearbeiter _____ Telefonnummer _____

1.6 Rente / Versorgung

Deutsche Rentenversicherung

Anschrift / Versicherungsnummer/n

Bescheid/e vom Verwahrung des Rentenbescheids

Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

Verwahrung des Rentenbescheids

Private Rentenversicherung/en

Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

Verwahrung der Unterlagen

Weitere Altersvorsorge/n (Hinweise auf Art und Anschrift, Versicherungsnummer, Verwahrung)

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

Beamtenversorgung

Pension, festsetzende Behörde

Telefonnummer Personalnummer / Aktenzeichen

Verwahrung der Unterlagen

Sterbegeldversicherung

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungsnummer _____ Versicherungssumme _____

Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer _____

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben _____

Lebensversicherung/en, Unfallversicherung/en

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungsnehmer _____

Versicherungsnummer _____ Versicherungssumme _____

Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer _____

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben _____

1.7 Krankenversicherung/en

Gesetzliche Krankenkasse

Versicherungsnummer

Besonders wichtig - Versicherungskarte!

Krankenversicherungskarte (Verwahrung): _____

Private Krankenversicherung/en / Krankenzusatzversicherung/en

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Verwahrung der Unterlagen

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

Pflegeversicherung/en (gesetzliche / private)

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Verwahrung der Unterlagen

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

2 Medizinische Daten - Gesundheitszustand

Blutgruppe _____

Gegenwärtige Krankheiten (Behandelnder Arzt / Telefonnummer)

Chronische Krankheiten (Behandelnder Arzt / Telefonnummer)

Diabetes

Ja

Nein

Ausweis Verwahrung: _____

Insulin

Ja

Nein

Tabletten

Ja

Nein

Anfallsleiden

Ja

Nein

Allergien

Ja

Nein

Medikamente

Dauermedikation: Name des Medikaments, wann einzunehmen (morgens / mittags / abends)?

Blutgerinnung (Marcumar) Ja Nein

Implantate (z.B.: Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen)



Ambulante Behandlungen

Stationäre Behandlungen

Operationen (Datum, Ort)

Behinderung/en

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes

Ausstellungsdatum	Aktenzeichen
-------------------	--------------

Antrag gestellt am:

Bemerkungen

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

3 Notfall-Ausweis/e

Röntgen-Pass Ja Nein

Verwahrung _____

Diabetiker-Ausweis (s. Kapitel Medizinischen Daten, S. 10)

Impfnachweis Ja Nein

Verwahrung _____

Allergie-Pass Ja Nein

Verwahrung _____

Sonstige Ausweise / Unterlagen

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

4 Organspende-Ausweis

Zur Organspende bereit Ja Nein

Verwahrung Ausweis / Unterlagen: _____

5 Vorbemerkungen zu Vorsorgevollmacht und Vorsorgeverfügungen

Durch Unfall, Krankheit oder durch fortgeschrittene Einschränkungen im Alter kann jeder Mensch – auch ein jüngerer – in die Situation kommen, in der er seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst erledigen kann und auf die Hilfe anderer angewiesen ist.

Um in einem solchen Fall sicher zu stellen, dass die Helfer/innen Ihre Vorstellungen und Wünsche respektieren, und um den Personen, die dann für Sie handeln sollen, diese Aufgaben zu erleichtern, sollten Sie rechtzeitig vorsorgen.

Möglichkeiten hierzu bieten Ihnen: die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung und die Patientenverfügung.

Die vom Hessischen Ministerium der Justiz und vom Hessischen Sozialministerium herausgegebene Broschüre

„Betreuungsrecht Vorsorgevollmacht - Betreuungsverfügung - Patientenverfügung“

bietet hierzu ausführliche Informationen und Vorschläge für die Abfassung einer Vollmacht oder Verfügung. Die Broschüre können Sie schriftlich anfordern vom:

Hessischen Ministerium der Justiz (HMdJ)
Referat Öffentlichkeitsarbeit
Luisenstraße 13
65719 Wiesbaden

oder vom

Hessischen Sozialministerium (HSM)
Referat Öffentlichkeitsarbeit
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden

Falls Sie bereits über die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten unterrichtet sind oder sich einen ersten Überblick für anschließende weitere Informationen verschaffen wollen, sind im Anhang zu finden:

Erläuterungen und Bausteine für die Patientenverfügung
(s. obige Broschüre, S. 16, 18-23)

Muster einer Vorsorgevollmacht
(s. obige Broschüre S. 43-46)

Muster einer Betreuungsverfügung
(s. obige Broschüre, S. 47)

Muster einer Konto / Depotvollmacht / Vorsorgevollmacht
(s. obige Broschüre, S. 49 u. S. 50)

Antrag auf Eintragung einer Vorsorgevollmacht (Formular für Privatpersonen) mit Anleitung hierzu und Antrag auf Eintragung der / des Bevollmächtigten zu einer Vorsorgevollmacht mit Anleitung hierzu
(s. obige Broschüre, S. 51-S. 54)

Patientenverfügung

Ja Nein

Verwahrung _____

Personen, die eine Ausfertigung / Abschrift erhalten haben (Hausarzt, Pflegestation, Angehörige, Freund/e/in)

Person/en, die Vollmacht haben, meine Patientenverfügung durchzusetzen:

Betreuungsverfügung

Ja Nein

Verwahrung _____

Hinterlegt bei _____

Als Betreuer / Betreuerin gewünschte Person/en:

Meine Wünsche zur Durchführung der Betreuung:

Sonstiges (z.B.: familienrechtliche Verfügung, Vorsorge für betreute / zu betreuende Personen):

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

6.1 Verbindlichkeiten

Verbindlichkeit/en bei Kreditinstitut/en, Verbindlichkeit/en bei Privatpersonen / Firmen,
Hinweis/e auf bestehende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, fällige Überweisungen u.ä.
(ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

6.2 Hinweise auf bestehende Verträge

Mietvertrag/-verträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Rundfunk
Zeitung, Illustrierte, Fachzeitschrift/en u.a.
(ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

7.1 Fahrzeug- / Verkehrsversicherungen

Kraftfahrzeugversicherung/en

Fahrzeug Amtliches Kennzeichen

Versicherung Versicherungsnummer

Teilkasko Ja Nein

Selbstbeteiligung: Euro

Vollkasko Ja Nein

Selbstbeteiligung: Euro

Agenturanschrift / Anschrift der Versicherung

Insassenunfallversicherung

Für weitere Fahrzeuge bitte gesondertes Blatt beifügen / einkleben

Verkehrsrechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft mit Anschrift, Versicherungsnummer

10 Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnorts und der Zugangsmöglichkeiten geben!
(Notarzt, Rettungsdienst, Feuerwehr: Notrufnummer 112, Polizei, Allgemeiner Notruf: 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten! (Fenster / Hausnummernbeleuchtung)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versicherungskarte (s. Abschnitt 1.7, Seite 9)
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften / Telefonnummern der nächsten Angehörigen, Freunde
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

11 Checkliste für den Fall meines Todes

Sterbeurkunde

Nach jedem Todesfall muss beim Standesamt die Sterbeurkunde (mehrere Exemplare) beantragt werden. Dazu sind notwendig:

- der Totenschein (vom Arzt auszustellen)
- der Personalausweis / Reisepass der / des Verstorbenen
- die Geburtsurkunde der / des Verstorbenen
- ggf. Heiratsurkunde (Familienstammbuch)
- ggf. Scheidungsurteil, Sterbeurkunde

Mein Personalausweis ist zu finden:

Meine Geburtsurkunde ist zu finden:

Heiratsurkunde, Familienstammbuch sowie die vorgenannten Unterlagen sind zu finden:

Meine Wünsche

Ich wünsche mir folgende Bestattung (Erd-, Feuer / Urnenbestattung, anonyme Bestattung, Seebestattung)

Mit folgendem Bestattungsunternehmen wurde ein Vertrag geschlossen:

Name, Anschrift

Verwahrung

Einkleidung meines toten Körpers

Sarg, Ausstattung meines Sarges / meiner Urne

Trauerfeier (kirchlich, nicht kirchlich, Vorbereitungsgespräch mit dem Pfarrer / Trauerredner o.a., ggf. Hinweis auf Unterlagen und deren Verwahrung)

Versendung von Trauerkarten (evtl. weitere Hinweise sind wo zu finden?)

Traueranzeige (wo, evtl. keine?)

Blumen und Kränze (Geldspende, statt Blumen evtl. Spende für einen bestimmten Zweck? Weitere Anordnungen sind wo zu finden?)

Grab (Beisetzungswunsch auf Friedhof, Bestand eines Grabnutzungsvertrages mit der Gemeinde / Kirchengemeinde, zur Grabpflege / Grabpflegevertrag, Wahlgrab / Reihengrab, Hinweise auf Unterlagen und deren Verwahrung)

Letztwillige Verfügungen (Testament, Erbvertrag, Vermächtnis/se, Hinweis auf deren Verwahrung)

Auflösung des Haushalts / Verbleib von Tieren
