

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

die Stadt Brunsbüttel ist aufgrund der besonderen geografischen Lage, gelegen am Nord-Ostsee-Kanal und der Elbe, als Schleusenstadt bekannt. Aber auch die leistungsstarken Vereine, das vielfältige sowie umfangreiche kulturelle Freizeitangebot, ein kundenorientierter Einzelhandel und ein nachhaltiges Angebot an ärztlicher Kompetenz mit dem Westküstenklinikum zeichnen die Stadt im besonderen Maße aus. Ebenfalls bietet die Stadt Brunsbüttel aufgrund der Infrastruktur hervorragende Bedingungen, die auch im Alter eine eigenständige Lebensführung ermöglichen. Zum Jahresbeginn 2017 leben in Brunsbüttel bereits mehr als 4.100 Bürgerinnen und Bürger, die das 60. Lebensjahr vollendet haben.



Allerdings können wir alle plötzlich und unerwartet auf fremde Unterstützung und Hilfestellungen angewiesen sein. Die Gründe hierfür sind natürlich vielfältig, neben dem fortgeschrittenen Alter kann auch beispielsweise ein Unfall oder eine Krankheit die Hilfebedürftigkeit kurzfristig herbeiführen. In solchen Situationen kann es vorkommen, dass der eigene Wille vorübergehend oder sogar dauerhaft nicht mehr zum Ausdruck gebracht werden kann. Solche schwierigen Situationen stellen dann besonders für Ihre Vertrauenspersonen eine enorme Belastung dar.

Mit Hilfe der persönlichen Notfallmappe können Sie alle notwendigen Daten und Informationen zusammentragen, die in solchen Situationen relevant sind. Informieren Sie gerne auch Ihre Vertrauenspersonen über die vorhandene Notfallmappe und überprüfen Sie stetig die Aktualität der von Ihnen eingetragenen persönlichen Angaben zu den Krankheiten und Allergien.

Gerne möchte ich auch besonders den Mitgliedern des Seniorenbeirates der Stadt Brunsbüttel danken, die diese Notfallmappe entsprechend zusammengestellt haben.

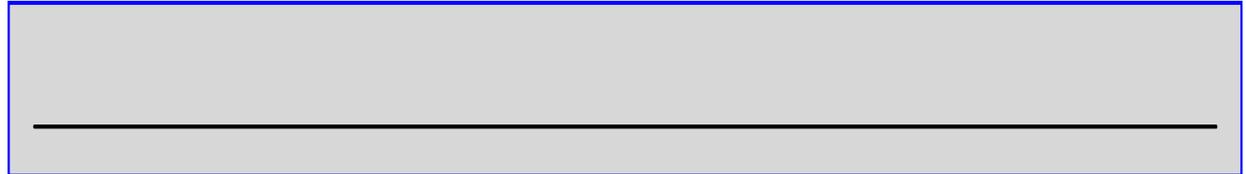
Zusätzlich zur gedruckten Form steht Ihnen die Notfallmappe auch im Internet unter <http://www.brunsbuettel.de/Rathaus/Seniorenbeirat/> zur Verfügung.

Ihr Stefan Mohrdieck
Bürgermeister

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Mohrdieck'. The signature is fluid and cursive, written on a white background.

Diese Notfall-Mappe gehört

Diese Notfall-Mappe gehört



Sie enthält alle wichtigen Informationen,
die im Notfall von Bedeutung sind:
persönliche und medizinische Daten,
Handlungs-Anweisungen,
Vorsorgevollmachten
und Verfügungen.



Herausgegeben vom Seniorenbeirat der Stadt Brunsbüttel

Der Inhalt dieser Notfallmappe beruht auf den Grundlagen
der Notfallmappe des Hessischen Sozialministeriums in
Kooperation mit der Landes-Seniorenvertretung Hessen.

1.1 Zu meiner Person	1 - 2
1.2 Familie	3
1.3 Beruf/Berufliches	4
1.4 Im Notfall benachrichtigen	5
1.5. Personen, die keine Nachricht erhalten sollen	5
1.6 Wichtige Rufnummern	6
1.7 Rente/Versorgung	7-8
1.8 Krankenversicherung	9
1.9 Pflegeversicherung	9
2. Persönliche medizinische Daten	10
2.1 Gesundheitszustand	11
2.2 Medikamenten-Liste	12
3 Notfallausweis	13
4 Organspendeausweis	13
5 Vorbemerkungen zu Vorsorgevollmacht und Vorsorgeverfügungen.....	14
5.1 Vorsorgevollmacht	14
Patientenverfügung.....	15
Betreuungsverfügung	15
6 Finanzen	16
6.1 Verbindlichkeiten	17
6.2 Hinweise auf bestehende Verträge	17
7 Fahrzeuge	18-19
7.1 Fahrzeug-/Verkehrsversicherungen	18-19
8 Sach- und Haftpflichtversicherungen	20
9 Mitgliedschaften	21
10 Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung	22
11 Informationen bei Demenzerkrankungen.....	23-24
12 Checkliste für den Fall meines Todes	25-26

1 Persönliche Daten

Name: _____ Geburtsname: _____

Vornamen/n: _____

Straße: _____ Haus-Nr: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Mail-
Adresse: _____

Konfession: _____ Kirchengemeinde: _____

Taufe/Sonstiges: _____

Familienstand: _____ Ehegatte: Name/Vorname/n: _____

Evtl. früherer Name/n des Ehegatten: _____

Wohnung des Ehegatten
falls
abweichend: _____

Telefonnummer
des Ehegatten: _____ Handy
des Ehegatten: _____

Tag und Ort
der Eheschließung: _____ Standesamt: _____

Verwahrung der Urkunde/des Stammbuches: _____

Güterstand, Ehevertrag: _____

Verwahrung des
Ehevertrages: _____

Bei Scheidung

Datum, Gericht: _____

Verwahrung des Scheidungsurteils: _____

Bei Tod des Ehegatten
Verwahrung der Sterbeurkunde: _____

Bei eingetragener Lebenspartnerschaft

Name und Vorname/n des Partners: _____

Vermögensstand:

Verwahrung des Partnerschaftsvertrages: _____

1.1 Familie

Kinder und deren Kinder:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

Eltern, Geschwister:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

1.2 Berufliches

Arbeitnehmer:

Tätigkeit/en _____

Personalnummer: _____

Name des Arbeitgebers: _____

Adresse des Arbeitgebers
Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer: _____

Bei Selbständigkeit

Name der Firma: _____

Anschrift
Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer: _____

EMail-Adresse: _____

Handelsregister, Finanzamt: _____

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung : _____

Eventuell gesondertes Blatt beifügen

1.3 Im Notfall benachrichtigen

Folgende Personen bitte umgehend benachrichtigen:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

.....
Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

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

.....

1.4 Person/n die keine Nachricht erhalten soll/en

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

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 _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

1.6 Rente/Versorgung

Deutsche Rentenversicherung

Anschrift _____

Versicherungs-Nr. _____ Bescheid vom _____

Verwahrung des Rentenbescheides _____

Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungsnummer _____

Verwahrung der Unterlagen _____

Private Rentenversicherung/en

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungsnummer _____

Verwahrung der Unterlagen _____

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde _____

Telefonnummer _____ Personalnummer _____

Verwahrung der Unterlagen _____

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

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

Sterbegeldversicherung

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungsnummer _____ Versicherungssumme _____

Bezugsberechtigte/r: Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Lebensversicherung/en

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungsnummer _____ Versicherungssumme _____

Bezugsberechtigte/r: Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Unfallversicherung/en

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungsnummer _____ Versicherungssumme _____

Bezugsberechtigte/r: Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

1.7 Krankenversicherung/en

Gesetzliche Krankenkasse

Anschrift _____

Versicherungs-Nr. _____

Besonders Wichtig - Versicherungskarte !

Verwahrung _____

Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungsnummer _____

Verwahrung der Unterlagen _____

Private Krankenversicherung/en

Versicherungsgesellschaft/Anschrift _____

Versicherungsnummer _____

Verwahrung der Unterlagen _____

1.9 Pflegeversicherung/en (gesetzliche/private)

Versicherungsgesellschaft/Anschrift _____

Versicherungsnummer _____

Verwahrung der Unterlagen _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

2. Persönliche Daten

Blutgruppe _____

Familienstand ledig verheiratet verwitwet

Wohnsituation alleinlebend nicht alleinlebend

Pflegegrad beantragt kein 1 2 3 4 5

Betreuungsleistung Grundbetrag 100 Euro erhöhter Betrag 200 Euro

Vorsorgevollmacht Ja Nein (siehe Kopie im Anhang)

Betreuungsverfügung Ja Nein (siehe Kopie im Anhang)

Behinderung/en _____

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes _____

Ausstellungsdatum _____ Aktenzeichen: _____

Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen) Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Unter Betreuung Ja Nein

Betreuer/in Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus Nr _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

2. 1 Gesundheitszustand

Blutgerinnung (Marcumar) Ja Nein

Diabetes Ja Nein Ausweisverwahrung _____

Insulin Ja Nein Tabletten Ja Nein

Anfallsleiden Ja Nein Wenn ja, welche _____

Allergien ja nein Wenn ja, welche _____

Unverträglichkeiten Ja Nein Wenn ja, welche _____

Autoimmunerkrankungen _____

Gegenwärtige Krankheiten _____

Chronische Krankheiten _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

Ambulante Behandlungen _____

Stationäre Behandlungen _____

Operationen (Datum, Ort) _____

2.2 Medikamente

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

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

3. Notfall-Ausweis/e

Röntgen-Pass Ja Nein

Verwahrung _____

Diabetiker-Ausweis (s. Kapitel Medizinische Daten, Seite 11)

Impfnachweis Ja Nein

Verwahrung _____

Allergie-Pass Ja Nein

Verwahrung _____

Sonstige Ausweise/Unterlagen

4. Organspende-Ausweis

Zur Organspende bereit Ja Nein

Verwahrung Ausweis/Unterlagen _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

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: Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung und die Patientenverfügung.

Das Bundesministerium für Justiz hat zu diesem Thema Informationsbroschüren herausgegeben die Sie im Internet kostenfrei downloaden oder im Papierformat kostenfrei bestellen können.

<http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/VorsorgeUndPatientenrechte>

Nützliche Informationen zu diesem Thema finden Sie auch auf der Internetseite der Notarkammer

<http://www.vorsorgeregister.de/Vorsorgevollmacht/index.php>

Für den Fall, dass Sie keine Möglichkeiten haben, die Broschüre über das Internet zu bestellen, können Sie die Mitglieder des Seniorenbeirates der Stadt Brunsbüttel ansprechen.

5.1 Vorsorgevollmacht/ Vorsorgeverfügungen

Vorsorgevollmacht Ja Nein - Verwahrung _____

Eingetragen _____

Bevollmächtigte/r _____

Inhalt in Stichworten: _____

Personen, die informiert sind _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

Patientenverfügung Ja Nein

Verwahrung _____

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift 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 Person/en)

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

6.1 Verbindlichkeiten

Verbindlichkeit/en bei Kreditinstitut/en, Verbindlichkeiten bei Privatpersonen/Firmen,
(ggf. Hinweise auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

6.2 Hinweise auf bestehende Verträge

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

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

7 Fahrzeug/e

Fahrzeugart (PKW, LKW) amtliches Kennzeichen, Hersteller, Typ, Hubraum, Erstzulassung, regelmäßiger Standort, evtl. kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

7.1 Fahrzeug-/ Verkehrsversicherungen

Kraftfahrzeugversicherung/en

Fahrzeug _____ amtliche Kennzeichen _____

Versicherung _____ Versicherungsnummer _____

Teilkasko Ja Nein Selbstbeteiligung _____ Euro

Vollkasko Ja Nein Selbstbeteiligung _____ Euro

Insassenunfallversicherung Ja Nein

Agenturanschrift/ Anschrift der Versicherung

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

Verkehrsrechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungs-Nr. _____

Anschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Mitgliedschaft im Automobilclub

Automobilclub _____ Mitglieds-Nr. _____

Anschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

10 Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung

erledigt

- Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnorts und der Zugangsmöglichkeit geben!
(Notarzt, Rettungsdienst, Feuerwehr: Notrufnummer 112
Polizei, Allgemeiner Notruf: 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten ! (Fenster / Hausnummernbeleuchtung)
- 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)

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

11 Informationen bei Demenzerkrankung

■ Verhalten

Wünsche und Vorlieben _____

Ärger, abwehrendes Verhalten bei _____

Angst bei _____

Weglauf-Tendenzen _____

■ Nähe und Distanz

Der Patient oder die Patientin reagiert positiv auf Körperkontakt hält lieber Distanz

Situationen in denen der/die Patient/in abrupt ablehnend reagiert _____

■ Sonstige Gewohnheiten die beachtet werden sollen

Zur Entspannung _____

Zum Einschlafen _____

In Stress-Situationen _____

In Pflege-Situationen _____

■ **Eingeschränktes Sehen** leicht schwer Brille vorhanden

■ **Eingeschränktes Hören** leicht schwer Hörgerät vorhanden

■ Verstehen von Sprache - Das Sprachverständnis

ist weitgehend erhalten kurze Fragen werden verstanden ist sehr eingeschränkt

Sprachverständnis fehlt Gesten werden verstanden

■ Sprache und Sprechfähigkeit

sind weitgehend erhalten kurze Sätze können gebildet werden sind sehr eingeschränkt

nicht möglich weil _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

■ **Gewohnheiten im Tagesablauf**

morgens _____

mittags _____

abends _____

■ **Körperpflege**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Körperpflege selbständig | <input type="checkbox"/> wäscht sich am Waschbecken selbst |
| <input type="checkbox"/> benutzt Waschlappen/-Handschuh | <input type="checkbox"/> bevorzugt Wannenbad |
| <input type="checkbox"/> wäscht Oberkörper selbständig | <input type="checkbox"/> bevorzugt Dusche |

Hilfestellung nötig bei _____

Abwehrendes Verhalten bei _____

Risiken (z.B. Empfindlichkeiten) Welche ? _____

Ausscheiden: Kontrolle der Blase Kontrolle des Darms erkennt Toilette

feste Toilettenzeiten _____

Hilfsmittel: Urinflasche Steckbecken Einlagen Vorlage

Für weitere Angaben

- (z.B. Essen und Trinken, bevorzugte Speisen und Getränke,
- An- und Auskleiden,
- Ruhen und Schlafen,
- Bezugspersonen,
- Wissenswertes zum Kontakt mit der erkrankten Person

bitte gesondertes Blatt anfertigen und einfügen.

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

10 Checkliste für den Fall meines Todes

Sterbeurkunde

Nach jedem Todesfall muss beim Standesamt die Sterbeurkunde (mehrere Exemplare) beantragt werden.

- 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 folgenden Bestattungsunternehmen wurde ein Vertrag geschlossen:

Name, Anschrift _____

Verwahrung _____

Einkleiden meines toten Körpers _____

Sarg, Ausstattung meines Sarges/ meiner Urne _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

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

Versendung von Trauerkarten (evtl. 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, Hinweise auf deren
Verwahrung)

Auflösung des Haushalts/ Verbleib von Tieren (evtl. Hinweise wo zu finden)

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren und einfügen

Für den Notfall

(Bitte neben das Telefon legen)

Polizei 110
Schlaganfall-Telefon 112

Rettungsdienste
(Notarzt, Feuerwehr) 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
Schlaganfall-Telefon ... 112 (Notarzt, Feuerwehr) .. 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
Schlaganfall-Telefon ... 112 (Notarzt, Feuerwehr) .. 112

Hausarzt:

Name

Telefonnummer

Mein Name / Vorname

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Kontaktperson:

Name

Telefonnummer

Adresse

hier
falzen →

