



# NOTFALLMAPPE

Vorname

Nachname

**Schützen Sie Ihre Daten! Bewahren Sie dieses Dokument an einem sicheren Ort auf!  
Informieren Sie darüber eine Vertrauensperson!**

**Herausgeber:**

Soziales Netzwerk Feldkirchen-Westerham e.V.

**Ansprechpartner:**

**Ursula Borkenhagen** 1. Vorsitzende

Am Angerberg 25, 83620 Feldkirchen-Westerham

Telefon: 08063-838 64

E-Mail: u.borkenhagen@gmx.de

**Petra Wallner** Soziale Fachkraft

Soziale Servicestelle im AWO Bürgertreff

Aiblinger Str. 5, 83620 Feldkirchen-Westerham

Telefon: 08063-9 72 94 74

Di von 9-11 Uhr und Do von 14-17 Uhr

E-Mail: servicestelle@soziales-netzwerk-fw.de

**1. Auflage 2013**

**Druck:** Offset Druck Regina Faltlhauser, 83620 Unterreit

**Gestaltung:** Soziale Servicestelle Petra Wallner

Aiblinger Straße 5, 83620 Feldkirchen- Westerham

in Zusammenarbeit mit Christine Knoll, text<sup>3</sup>

Mit freundlicher Unterstützung von:



**SPARKASSENSTIFTUNG ZUKUNFT**  
FÜR DEN LANDKREIS ROSENHEIM

## Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

eine Notfallsituation kommt immer plötzlich und unerwartet - ein unbedachter Schritt, ein Unfall oder eine Krankheit können uns und unseren Alltag dann schnell aus dem Tritt bringen. Wenn so eine Situation passiert, dann zählen oft Sekunden und die nächsten Schritte müssen zur Hand sein.

Ausreichende Informationen über Ihren Gesundheitszustand, Medikamentengabe und entsprechende Versicherungen oder die nächsten Kontaktpersonen sollten stets griffbereit sein.

Im Rahmen der Umsetzung des Seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes haben wir die vorliegende Mappe für Sie zusammengestellt. Sie dient dazu, alle wichtigen Nummern, Informationen und Kontakte sowie Bankverbindungen, Versicherungen, Benachrichtigungsnummern im Notfall und auch die Krank-

heitsgeschichte eintragen zu können. Damit haben nicht nur Verunfallte sondern auch Angehörige und Freunde eine schnelle Übersicht griffbereit und sind so besser auf einen Notfall vorbereitet.

Sollten Sie zusätzliche Informationen und Hilfe rund um die Seniorenarbeit aus unserer Gemeinde wünschen, können Sie sich gerne an Frau Petra Wallner von der Sozialen Servicestelle Feldkirchen-Westerham wenden:

**Aiblinger Straße 5, Telefon 08063-9 72 94 74**

**E-Mail: [servicestelle@soziales-netzwerk-fw.de](mailto:servicestelle@soziales-netzwerk-fw.de)**

Wir hoffen sehr, dass Sie diese Notfallmappe nie benötigen müssen, dennoch die Mappe im Notfall eine wichtige und schnelle Hilfe ist.

Ihre Ursula Borkenhagen, 1. Vorsitzende des Sozialen Netzwerks & Petra Wallner, Soziale-Service-Stelle

**Bitte im Notfall sofort folgende Betreuungsperson verständigen:**

Ich habe eine Vorsorgevollmacht:  ja  nein

Wo ist die Vollmacht hinterlegt:

---

---

Ich habe eine Patientenverfügung:  ja  nein

Wo ist die Patientenverfügung hinterlegt:

---

---

Ich habe eine/n amtlich bestellte/n Betreuer/in:  ja  nein

---

Name Vorname

---

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

---

Telefon Handy

---

E-Mail

**Persönliche Daten:**

---

Name

Vorname

---

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

---

Telefon

Handy

---

E-Mail

Telefax

---

Konfession

---

Familienstand

Ehegatte: Name, Vorname

**Weitere Anmerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## WEITERE PERSONEN

---

### Im Notfall weitere Personen zu benachrichtigen:

---

Name	Vorname
------	---------

---

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

---

Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
--------------------	--------------

---

Telefon	Handy
---------	-------

---

Name	Vorname
------	---------

---

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

---

Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
--------------------	--------------

---

Telefon	Handy
---------	-------

### Im Notfall zu beachten:

(Wer hat für meine Wohnung, sonstige Räume einen Schlüssel?)

---

---

---

---

## Wichtige Rufnummern:

Polizei		<b>110</b>
Feuerwehr		<b>112</b>
Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst		<b>112</b>
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern		<b>01805-19 12 12</b>
Polizeiinspektion	Bad Aibling:	<b>08061-90 73-0</b>
	Holzkirchen:	<b>08024-90 74-0</b>
Krankenhaus Bad Aibling		<b>08061-930-0</b>

---

Pfarramt

---

EC-Kartensperrung

---

Gemeindeverwaltung

---

Ambulanter Pflegedienst

## Wichtige Angaben beim Notruf:

- 1. Was ist passiert?**
- 2. Wo ist es passiert?**
- 3. Wie viele Verletzte?**
- 4. Welche Art der Verletzung?**
- 5. Warten auf Rückfragen?**

**Hausarzt:**

---

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

Telefon

**Andere Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin:**

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefon

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefon

**Zahnarzt:**

---

Name und Anschrift der Praxis

Telefon

**Apotheke:**

---

Name und Anschrift der Apotheke

**Ambulanter Pflegedienst:**

---



**Behinderung / Schwerbehinderung:**

nein       ja:

---

Grad der Behinderung

Gültig bis

**Allergien (auch auf Medikamente):**

nein       ja:

**Medizinische Implantate: (künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, usw.)**

nein       ja:

**Impfungen:**

nein       ja:

**Medikamente:**

---

---

Name des Medikaments

Einnahmezeit

**Blutgruppe:**

**Organspende Ausweis:**

ja

nein

### Krankenversicherung:

---

Name der Krankenkasse

Anschrift

---

Telefon

Nr. der Versichertenkarte

### Pflegeversicherung:

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

### Lebensversicherung:

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

### Unfallversicherung:

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

**Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorgevertrag:**

---

Name der Krankenkasse

Anschrift

---

Telefon

Nr. der Versichertenkarte

**Privathaftpflichtversicherung:**

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

**Hausratversicherung:**

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

**Brandversicherung:**

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

**Gebäudeversicherung:**

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

### Rechtsschutzversicherung:

---

Name der Krankenkasse

Anschrift

---

Telefon

Nr. der Versichertenkarte

### Verkehrsrechtsschutzversicherung:

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

### Kfz-Versicherung:

---

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

### Sonstige Versicherungen:

---

Versicherungsgesellschaft / Art

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

---

Versicherungsgesellschaft / Art

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

---

Versicherungsgesellschaft / Art

Anschrift

---

Telefon

Versicherungsnummer

**Altersrente:**

---

Versicherungsträger

---

Versicherungsnummer

**Hinterbliebenenrente:**

---

Versicherungsträger

---

Versicherungsnummer

**Betriebsrente / Zusatzrente:**

---

Versicherungsträger

---

Versicherungsnummer

**Private Rentenversicherung:**

---

Versicherungsträger

---

Versicherungsnummer

**Sonstige Renten:**

---

Versicherungsträger

---

Versicherungsnummer

**Girokonto:**

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

---

Kontonummer

Bankleitzahl

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:

**Weitere Konten:**

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

---

Kontonummer

Bankleitzahl

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

---

Kontonummer

Bankleitzahl

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

---

Kontonummer

Bankleitzahl

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:

---

**Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer:**

---

Zuständiges Finanzamt

---

Steueridentifikationsnummer

**Bankvollmacht: (Für folgende Konten besteht eine Bankvollmacht)**

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Kontonummer

---

Bankleitzahl

Name des Bevollmächtigten

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Kontonummer

---

Bankleitzahl

Name des Bevollmächtigten

**Bankschließfach:**

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Schließfachnummer

Bankleitzahl

**Wertpapiere, Aktien, sonstige Vermögensgegenstände:**  

---

  

---

**Bausparvertrag:**

---

Bausparkasse (Name und Anschrift)

Bausparnummer

**Verbindlichkeiten:**

---

Darlehensgeber (Name und Anschrift)	Betrag
-------------------------------------	--------

---

Darlehensgeber (Name und Anschrift)	Betrag
-------------------------------------	--------

**Grund- und Immobilieneigentum:**

---

Art	Anschrift	Flur-Nr./Gemarkung
-----	-----------	--------------------

**Arbeitgeber:**

---

Arbeitgeber (Name und Anschrift)	Telefon
----------------------------------	---------

**Nebenberuf / Nebenbeschäftigung:**

---

Arbeitgeber (Name und Anschrift)	Telefon
----------------------------------	---------

**Fahrzeug:**

---

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	Hersteller, Typ
---------------------------------------	-----------------

---

Amtliches Kennzeichen
-----------------------



**Bestehende Verträge:  
(z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Kabel, usw.)**

---

Vertragsgegenstand

---

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefon

---

Vertragsgegenstand

---

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefon

---

Vertragsgegenstand

---

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefon

---

Vertragsgegenstand

---

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefon

---

Vertragsgegenstand

---

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefon

**Bestehende Abonnements: (z.B. Zeitung, Zeitschriften, usw.)**

---

Abonnement für (Name, Anschrift)

---

Abonnement für (Name, Anschrift)

---

Abonnement für (Name, Anschrift)

---

Abonnement für (Name, Anschrift)

---

Abonnement für (Name, Anschrift)

**Mitgliedschaften:**

---

Mitgliedschaft bei (Name, Anschrift)

---

Mitgliedschaft bei (Name, Anschrift)

---

Mitgliedschaft bei (Name, Anschrift)

---

Mitgliedschaft bei (Name, Anschrift)

---

Mitgliedschaft bei (Name, Anschrift)

---

Mitgliedschaft bei (Name, Anschrift)

**Nachlassangelegenheiten:**

Mein Testament ist hinterlegt beim Amtsgericht / ist aufbewahrt bei:

---

Anschrift

**Stammbuch:**

Unterlagen befinden sich:

**Sonstige wichtige Nummern:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Was muss ich bei einer Krankenhauseinweisung mitnehmen:**

- Krankenhauseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld
- Toilettenartikel
- Brille, Hörgerät, Gehilfe, etc.
- Nachtwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan/Vorbefunde
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Haustürschlüssel
- 

---

- 

---

- 

---

- 

---

**Außerdem wichtig:**

- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen
- ggf. Termine absagen
- 

---

- 

---

- 

---

- 

---

## Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Durch Unfall, Krankheit und Alter kann es passieren, dass wichtige Angelegenheiten des täglichen Lebens nicht mehr selbstverständlich geregelt werden können. Auch kann in gesundheitlicher Hinsicht eine Situation eintreten, die schwierige Entscheidungen abverlangt.

Aus diesem Grund 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. Auch die Entscheidung, ob bei einer unheilbaren Erkrankung und bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlichen Selbständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen getroffen werden sollen oder nicht.

Eine Möglichkeit hierzu bietet eine Vorsorgevollmacht bzw. Patientenverfügung.

Mit der Vorsorgevollmacht geben Sie einer vertrauenswürdigen Person die Möglichkeit, in ihrem Namen zu handeln, Entscheidungen zu treffen und zu unterschreiben. Die Vorsorgevollmacht kann dazu dienen, ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich zu machen.

Mit der Patientenverfügung formulieren Sie vorsorglich ihren Willen für kritische Krankheitssituationen, in denen Sie nicht mehr in der Lage sind, in eine ärztliche Behandlung einzuwilligen oder eine ärztliche Maßnahme abzulehnen. Kann sich ein Patient nicht mehr äußern, ist dessen mutmaßlicher Wille ausschlaggebend. Die Patientenverfügung dient dazu, ihren Willen für bestimmte Situationen zu dokumentieren.

Nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht erhalten Sie in der Sozialen Servicestelle im AWO Bürgertreff, Aiblinger Str. 5, Westerham, Telefon: 08063-972 94 74.

Unterlagen befinden sich:

---

---

---

---

---

---

---

### **Allgemeine Beratung zur häuslichen Pflege:**

- Soziale Servicestelle im AWO Bürgertreff, Frau Petra Wallner  
Aiblinger Str. 5, Westerham, Telefon: 08063-9 72 94 74  
Di von 9-11 Uhr & Do von 14-17 Uhr
- Caritas Zentrum Bad Aibling, Kirchzeile 17, Telefon: 08061-35 04-0
- Privater Pflegestützpunkt Klaus Papke, Bahnhofstr. 2a, Bruckmühl, Telefon: 098062-8 07 10 30
- Kristall, der andere Pflegedienst, Sonnenwiechserstr. 18, Bruckmühl, Telefon: 08062-7 29 51 42
- Mobile Pflege Bruckmühl, Troppauer Str. 29, Telefon: 08062-809 49 88
- Domicilium Ambulanter Dienst, Weyarn, Telefon: 08020-904 80

### **Allgemeine Beratung bezüglich einer Heimaufnahme:**

- AWO Seniorenzentrum, Rosie Holzapfel  
Ollinger Str. 13, Feldkirchen-Westerham, Telefon: 08063-20 77 14
- Seniorenresidenz Alpenland, Klaus Papke  
Paul-Egleder-Weg, Bruckmühl, Telefon: 08062-90 45 20

### **Fragen zur gesetzlichen Rentenversicherung:**

- Rathaus, Frau Christine Hinke  
Ollinger Str. 10, Feldkirchen-Westerham, Telefon: 08063-97 03-37



**KONTAKT:**

Soziale Servicestelle im AWO Bürgertreff

Aiblinger Str. 5, Feldkirchen-Westerham

Telefon: 08063-9 72 94 74

Di von 9-11 Uhr & Do von 14-17 Uhr

E-Mail: [servicestelle@soziales-netzwerk-fw.de](mailto:servicestelle@soziales-netzwerk-fw.de)