

Notfallmappe für:



VORWORT

Wie oft kommen wir in eine Situation, wo wir denken: Wer hätte meine Angelegenheiten erledigt? Selten haben wir für den Fall, dass wir plötzlich durch Krankheit oder Unfall ins Krankenhaus kommen, vorgesorgt.

Nehmen Sie sich die Zeit, die Notfallmappe vollständig auszufüllen und den Aufbewahrungsort mit Ihren Angehörigen oder Beauftragten zu besprechen. Denken Sie daran, die Angaben der Notfallmappe regelmäßig zu überprüfen.



THODE Bestattungen

Meisterbetrieb

Mittelstraße 11

24103 Kiel

Telefon: 0431-59 00 50

info@bestattungen-thode.de

www.bestattungen-thode.de

Inhaltsverzeichnis

Seite 1	Vorwort
Seite 2	Inhaltsverzeichnis
Seite 3	NOTFALL-/NOTARZTBLATT (zum Herausnehmen)

Daten für den Notfall

Seite 4	Persönliche Daten
Seite 5	Im Notfall zu benachrichtigen
Seite 6	Im Notfall zu beachten
Seite 7	Wichtige Telefonnummern
Seite 8	Hausarzt / Weitere Ärzte
Seite 9	Zahnarzt / Apotheke / Therapiestellen
Seite 10-11	Weitere medizinische Daten
Seite 12	Medikamentenplan
Seite 13	Aktuelle ärztliche, zahnärztliche, stationäre Behandlungen
Seite 14	Maßnahmen bei einer Krankenhauseinweisung
Seite 15	Angaben zur Krankenversicherung
Seite 16	Notizen

Informationen zu den Themen:

Seite 17	Vorsorgevollmacht
Seite 18	Patientenverfügung
Seite 19	Organspende

NOTFALL-/NOTARZTBLATT (zum Herausnehmen)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon zu Hause: _____ / _____ Handy: _____

Krankenversicherung : _____

Versichertenkarte befindet sich _____

Konfession: katholisch evangelisch _____

Pflegeversicherung: ja nein beantragt am: _____ Stufe: I II III

ich lebe alleine in der Wohnung

ich lebe zusammen mit _____
Name, Tel., Handy

Notfallmappe vorhanden ja* nein *Aufbewahrungsort: _____

Grunderkrankungen/Diagnosen/Allergien (auszufüllen durch den Hausarzt)

Name, Tel., Unterschrift des **Hausarztes**: _____

Blutgerinnungshemmende

Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnprothese/Implantat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Port	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Impfausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialysepatient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Medikamentenplan:

Präparat	morgens	mittags	abends	Präparat	morgens	mittags	abends

Krankenhausaufenthalt erwünscht: ja nein **Reanimation erwünscht:** ja nein

Hausnotruf: ja nein _____
Name und Telefon des Anbieters

Bezugspersonen: Name, Telefon, Beziehungsverhältnis

Ich bin damit einverstanden, dass dieses Blatt im Notfall dem Rettungsdienst/Notarzt/Krankenhaus ausgehändigt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

PERSÖNLICHE DATEN

Name Vorname/n

Geburtsname, Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Personalausweis-/Passnummer

Telefonnummer Handy

E-Mail-Adresse Fax

Konfession Kirchengemeinde

Familienstand (bei verwitwet Sterbedatum des Ehegatten)

Ehegatte: Name, Vorname/n, evtl. früherer Name des Ehegatten

Wohnung des Ehegatten

Telefonnummer des Ehegatten Handy des Ehegatten

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde/ des Stammbuches

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils/ der Sterbeurkunde

Weitere Anmerkungen

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer / Handy E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

Name Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer / Handy E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

Name Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer / Handy E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

IM NOTFALL ZU BEACHTEN

Personen, die für meine Wohnung/ sonstige Räume einen Schlüssel besitzen:

Name Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort Telefonnummer

Name Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort Telefonnummer

Hausnotruf

Anbieter

Telefonnummer

Sonstiges (z.B. Betreuung von Haustieren)

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Polizei	110
Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116117
Hausarzt	
Apothekennotdienst	0800/0022833
Giftnotruf www.giz-nord.de	0551/19240
Telefonseelsorge	0800/ 1110111 oder 1110222
Stadt-/Gemeindeverwaltung	
zuständige Kirchengemeinde	
Ambulanter Pflegedienst	
Betreuungsstelle	
EC-Kartensperrung	116116
derzeitiger Stromversorger, Notdienst	
derzeitiger Gasversorger, Notdienst	

WEITERE WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Name	Telefonnummer
Name	Telefonnummer
Name	Telefonnummer

HAUSARZT

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handynummer

WEITERE ÄRZTE, BEI DENEN ICH IN STÄNDIGER BEHANDLUNG BIN

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung

in Behandlung wegen

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung

in Behandlung wegen

ZAHNARZT

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

THERAPIESTELLE (z. B. Psychotherapie)

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

APOTHEKE

Name der Apotheke

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Blutgruppe

Anfallsleiden

Ja Nein

Nähere Beschreibung

Impfungen

Ja Nein

Impfbuch vorhanden

Ja Nein

Impfbuch befindet sich

Allergien

Ja Nein

Allergiepass vorhanden

Ja Nein

Allergie gegen

Allergiepass befindet sich

Diabetes

Ja Nein

Insulin

Ja Nein

Tabletten

Ja Nein

Ausweis vorhanden

Ja Nein

Ausweis befindet sich:

Schwerbehinderungen

Ja Nein

Grad der Behinderung

Schwerbehinderten-
ausweis Nr.

Implantate

Ja Nein

Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk,
Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)

Transplantationen

Ja Nein

Zeitpunkt und Art der Transplantation

Organspendeausweis

Ja Nein

Ausweis befindet sich

Sonstiges

(z.B. Vorerkrankungen, Zahnersatz usw.)

Blutgerinnungshemmende Substanzen
(Marcumar usw.)

Ja

Nein

Falls ja, welche

Name des Medikaments

Dosierung

morgens

mittags

abends

Name des Medikaments

Dosierung

morgens

mittags

abends

Name des Medikaments

Dosierung

morgens

mittags

abends

Name des Medikaments

Dosierung

morgens

mittags

abends

Name des Medikaments

Dosierung

morgens

mittags

abends

Name des Medikaments

Dosierung

morgens

mittags

abends

Name des Medikaments

Dosierung

morgens

mittags

abends

Name des Medikaments

Dosierung

morgens

mittags

abends

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
---------------	------------------	-----------------

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
---------------	------------------	-----------------

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
---------------	------------------	-----------------

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -ambulant-

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
---------------	------------------	-----------------

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
---------------	------------------	-----------------

KLINISCHE BEHANDLUNGEN -stationär-

Datum von/bis	Behandlungsgrund
---------------	------------------

Name und Ort der Klinik

Datum von/bis	Behandlungsgrund
---------------	------------------

Name und Ort der Klinik

MASSNAHMEN BEI EINER KRANKENHAUSEINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten angeben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
Bitte auch im Treppenhaus Grünpflanzen, Schuhe usw.
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Falls notwendig, Pflegedienst benachrichtigen

In das Krankenhaus sind mitzunehmen:

- Notfall-/ Notarztblatt (s. Seite 4)
- Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht
- Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe, Bekleidung
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan (s. Seite 14)
- Personalausweis
- Geld (nur geringen Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)

Zur Aufbewahrung in der Geldbörse/ bei den Ausweispapieren usw. bitte ausschneiden:



Meine Vertrauensperson ist: Name: _____ Anschrift: _____ _____	Mein Name ist: Anschrift: _____ Ich habe eine/n: <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Organspendeausweis
---	---

KRANKENVERSICHERUNGEN

Krankenversicherung

gesetzlich versichert

privat versichert

Name der Krankenversicherung

Anschrift

Telefonnummer

Nr. der Versichertenkarte

Versichertenkarte befindet sich

Private Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Anschrift

Telefonnummer

Versicherungsnummer

Beihilfeversicherung/-stelle

Name der Beihilfestelle

Anschrift

Telefonnummer

Personalnummer

Vorsorgevollmacht

Wenn neben Fragen der ärztlichen Heilbehandlung auch vermögensrechtliche Angelegenheiten für den Fall der eigenen Geschäftsunfähigkeit geregelt werden sollen, ist eine Vorsorgevollmacht eine sinnvolle Ergänzung der Patientenverfügung.

Durch die Vorsorgevollmacht bestimmt der Betroffene eine Person, die ihn im Falle seiner eigenen Geschäftsunfähigkeit rechtsgeschäftlich vertritt.

Die Reichweite der Vollmacht hängt vom Willen des Vollmachtgebers ab. Die Vollmacht kann eng begrenzt sein, zum Beispiel auf die Verfügung über ein bestimmtes Bankkonto. Sie kann aber auch umfassend sein und den Bevollmächtigten zur Wahrnehmung sämtlicher Interessen des Geschäftsunfähigen berechtigen (so genannte Generalvollmacht). Wie auch die Patientenverfügung sollte die Vorsorgevollmacht schriftlich verfasst werden. Aufgrund der weitreichenden rechtlichen Wirkungen der Vollmacht sollte diese stets notariell beglaubigt werden. Um einem Missbrauch der Vollmacht vorzubeugen, sollten zwei Bevollmächtigte bestellt werden, die sich dann gegenseitig überwachen können. Außerdem sollte die Vollmachtsurkunde durch einen Anwalt verwahrt werden und den Bevollmächtigten erst ausgehändigt werden, wenn die Geschäftsunfähigkeit durch eine ärztliche Bescheinigung festgestellt wurde. Wegen der weit reichenden rechtlichen Wirkungen der Vollmacht (insbesondere der Generalvollmacht) sollten Sie nur Personen bevollmächtigen, die ihr absolutes und uneingeschränktes Vertrauen genießen. Außerdem sollten Sie sich vor der Formulierung einer Vollmacht eingehend von einem Rechtsanwalt oder Notar beraten lassen.

Fordern Sie über uns eine Broschüre zum Thema Vorsorgevollmacht an.

Patientenverfügung

Jeder hat sich schon einmal Gedanken darüber gemacht, wie es wohl wäre, wenn man aufgrund von Krankheit, geistiger Schwäche oder Wachkoma nicht mehr in der Lage wäre, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen.

Die Patientenverfügung ist ein wirksames Mittel, um bereits heute sicherzustellen, dass keine Maßnahmen gegen den eigenen Willen durchgeführt werden.

Die Patientenverfügung ist eine schriftliche Erklärung, in der eine Person bestimmt, dass sie im Falle einer schweren, unheilbaren Erkrankung oder bei irreversiblen Schäden (z. B. nach einem Unfall oder Schlaganfall) mit sicherer Todesprognose nicht mit künstlichen Mitteln (Maschinen) am Leben erhalten werden möchte. Darüber hinaus kann festgelegt werden, ob man im Falle einer tödlichen Krankheit mit künstlichen Maßnahmen am Leben erhalten bzw. wiederbelebt werden will

- ob schmerzlindernde Medikamente eingesetzt werden dürfen, obwohl diese die Lebenserwartung verkürzen
- in welches Alten- bzw. Pflegeheim man aufgenommen werden will, falls dies erforderlich wird
- welche Person über die Einhaltung der Verfügung wachen soll.

Wie sieht eine Patientenverfügung aus?

Es besteht grundsätzlich keine Formvorschrift. Wichtig ist die klare Willensäußerung, die Unterschrift, die Benennung von ein bis zwei Zeugen und einer Vertrauensperson, z. B. Hausarzt, und das Datum der Ausstellung, um die Aktualität der Willensäußerung feststellen zu können. Die handschriftliche Abfassung der Verfügung ist ratsam.

Fordern Sie über uns eine Broschüre zum Thema Patientenverfügung an.

Organspendeausweis

Eine wichtige Entscheidung

Die Organspende ist bei unserer aktuellen Gesetzeslage ein freiwilliger Akt des Einzelnen. Nach den Fällen von Missbrauch sind noch weniger Menschen als zuvor dazu bereit. Aber viele Schwerstkranke warten auf ein passendes Spenderorgan, das ihr Leben verlängern und wesentlich erleichtern könnte. Sobald bei einer Person der Hirntod eindeutig festgestellt wird, sind die zuständigen Ärzte in der schwierigen Situation, die Angehörigen um die Erlaubnis für eine Organspende bitten zu müssen. Wer einen Organspendeausweis ausfüllt und bei sich trägt, handelt verantwortungsbewusst.

Es ist möglich, das Einverständnis zur Organ- und Gewebespende generell zu erteilen oder auf bestimmte Organe oder Gewebe einzuschränken. In jedem Fall schafft der Ausweis Klarheit: Er kann auch genutzt werden, um einer Organ- und Gewebespende ausdrücklich zu widersprechen. Wenn Sie einen Organspendeausweis ausfüllen, bedeutet dies also zunächst nur, dass Sie Ihr Persönlichkeitsrecht wahrnehmen.

In der Zeile „Anmerkungen/Besondere Hinweise“ können Sie eine Person benennen, die im Todesfall benachrichtigt werden soll. Sie treffen keine bindende Entscheidung auf Lebenszeit, da Ihr Ausweis nicht offiziell registriert oder hinterlegt wird.

Sie erhalten einen Organspendeausweis bei Ihrem Arzt oder in der Apotheke.

Organspendeausweis nach § 2 des Transplantationsgesetzes		Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich: <input type="radio"/> JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden. oder <input type="radio"/> JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe: _____ oder <input type="radio"/> JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe: _____ oder <input type="radio"/> NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben. oder <input type="radio"/> Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden: Name, Vorname _____ Telefon _____ Straße _____ PLZ, Wohnort _____ Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____
Organspende	Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Straße _____ PLZ, Wohnort _____   Organspende schenkt Leben.	
Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.		