

NOTFALL-MAPPE für

Name

VORWORT

Liebe Pinnebergerinnen und Pinneberger,

Ihnen liegt eine Notfallmappe vor, die sich schon in anderen Kommunen bewährt hat und ausgedruckt werden kann. Sollte sich herausstellen, dass eine stärkere Nachfrage besteht, wird sie von uns auch in Druck gegeben werden.

Es ist sicher kein Fehler, für unvorhersehbare Lebenslagen eine Vorsorge getroffen zu haben.

Die Mappe sollte gut auffindbar bereit liegen, damit hilfsbereite Vertrauenspersonen darauf zugreifen können, denn im Ernstfall müssen möglicherweise rechtswirksame Entscheidungen getroffen werden. Ihre Angaben stellen sicher, dass dann alles seine gewünschte Ordnung hat.

Wenn Sie sich die Mappe vornehmen, werden Sie Zug um Zug auf einem sinnvollen Weg zum Ziel gelangen.

Sollten Sie Hilfe benötigen, dann wenden Sie sich bitte an unseren Pinneberger Seniorenbeirat unter info@seniorenbeirat-pinneberg.de oder der Telefonnummer des Vorsitzenden 04101 781355.

Wir wünschen Ihnen noch viele Jahre, in denen Sie Ihr Leben in Gesundheit und Wohlergehen genießen können und diese Mappe nicht zum Einsatz kommt. Aber es ist doch sehr beruhigend, vorgesorgt zu haben.

Ihre



Natalina di Racca-
Boenigk

Bürgervorsteherin

Ihre



Urte Steinberg

Bürgermeisterin

Ihr



Karl-Heinz Schack

Vorsitzender Seniorenbeirat

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Notfallrufnummern.....	4
Persönliche Daten.....	5
Persönliche Zugangsdaten und Passwörter im Internet.....	5
Persönliche Daten.....	5
Im Notfall zu benachrichtigen.....	6
Im Notfall zu beachten.....	7
Hausarzt.....	7
Andere Ärzte bei denen ich ständig in Behandlung bin.....	8
Mein ambulanter Pflegedienst.....	8
Ärztliche Behandlungen -ambulant-.....	8
Medikamente.....	9
Zahnärztliche Behandlungen.....	10
Klinische Behandlungen -stationär-.....	11
Weitere medizinische Daten.....	11
Weitere medizinische Daten.....	12
Vorsorgevollmacht.....	13
Patientenverfügung.....	14
Gesetzliche Krankenkasse.....	14
Private Krankenversicherung/ Zusatzversicherung.....	15
Private Krankenversicherung/ Zusatzversicherung.....	15
Lebensversicherung.....	15
Sterbegeldversicherung.....	16
Privathaftpflichtversicherungen.....	16
Hausratversicherungen.....	17
Feuerversicherungen.....	17
Gebäudeversicherungen.....	17
Privatrechtsschutzversicherungen.....	18
Verkehrsrechtsschutzversicherungen.....	18
Kraftfahrzeugversicherungen.....	19
Insassenunfallversicherung.....	19
Weitere Versicherungen.....	20
Folgende Versicherungen können gekündigt werden:.....	20

Rente/Vorsorge	21
Zusatzversicherungen/Betriebsrente	21
Beamtenversorgung.....	21
Steuernummer/Steueridentifikationsnummer.....	22
Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer.....	22
Als Selbständiger (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft).....	22
Nebenberufe/Nebenbeschäftigung.....	22
Girokonten.....	23
Sparkonten.....	24
Weitere Konten.....	24
Bankschließfach.....	25
Bausparverträge.....	25
Verbindlichkeiten.....	26
Grund- und Immobilieneigentum	27
Bestehende Verträge	28
Bestehende Abonnements.....	30
Fahrzeuge.....	31
Mitgliedschaften	32
Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhausüberweisung.....	32
Für den Todesfall	33
Todesfall zu Hause.....	33

Notfallruffnummern

Polizei	110
Feuerwehr/Rettungsdienst	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst S-H	116 117
Giftnotruf	0551 19 24 0
Regio Klinikum Pinneberg	04101 217 0
Telefonseelsorge: -evangelisch - katholisch	0800 11 10 11 1 0800 11 10 22 2
EC- Kartensperrung	116 116
Stadtwerke Pinneberg	04101 203 0

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Vorname(n)
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail Adresse	
Konfession	Kirchengemeinde
Familienstand	Ehegatte: Name, Vorname(n)
Evtl. früherer Name des Ehegatten	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummr des Ehegatten	Handy des Ehegatten
Verwahrung der Urkunde/des Stammbuches/der Sterbeurkunde/des Scheidungsurteil	

PERSÖNLICHE ZUGANGSDATEN UND PASSWÖRTER IM INTERNET

Website	Nutzername	Passwort
Website	Nutzername	Passwort
Website	Nutzername	Passwort
Oder Zugangsdaten sind hinterlegt bei:		

PERSÖNLICHE DATEN

1. Kind

Name	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handynummer
Sonstige Angaben	

2. Kind

Name	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handynummer
Sonstige Angaben	

3. Kind

Name	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handynummer
Sonstige Angaben	

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail Adresse	Telefax

Name	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail Adresse	Telefax

IM NOTFALL ZU BEACHTEN

Personen die für meine Wohnung, Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:
--

Sonstiges

HAUSARZT

Name der Praxis
Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Telefax

ANDERE ÄRZTE BEI DENEN ICH STÄNDIG IN BEHANDLUNG BIN

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Apotheke

Name und Anschrift der Apotheke	
Telefonnummer	Telefax

MEIN AMBULANTER PFLEGEDIENST

Name und Anschrift des Pflegedienstes	
Telefonnummer	Telefax

ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -AMBULANT-

KLINISCHE BEHANDLUNGEN –STATIONÄR-

Datum von/bis	Grund der Klinik Aufenthalts (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

Blutgruppe		
Impfungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Impfbuch vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Impfbuch befindet sich		

Impfung gegen	
---------------	--

Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergiepass vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergiepass befindet sich		
Allergien gegen		

Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Insulin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tabletten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ausweis vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ausweis befindet sich		

Anfallsleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
nähere Beschreibung		

WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

Schwerbehinderungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Grad der Behinderung		

Implantate	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne etc.		

Transplantationen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Art der Transplantationen und weitere Angaben		

Organspendeausweis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Organspendeausweis befindet sich		

Sonstiges

VORSORGEVOLLMACHT

Erstellungsdatum
Aufbewahrungsort
Zweites Exemplar bei folgender Person Name, Vorname
Anschrift
Telefon, E-Mail Adresse

Betreuungsverfügung

Erstellungsdatum
Aufbewahrungsort
Zweites Exemplar bei folgender Person Name, Vorname
Anschrift
Telefon, E-Mail Adresse

PATIENTENVERFÜGUNG

Erstellungsdatum
Aufbewahrungsort
Zweites Exemplar bei folgender Person Name, Vorname
Anschrift
Telefon, E-Mail Adresse

GESETZLICHE KRANKENKASSE

Name der Krankenkasse
Anschrift
Telefonnummer
Nummer der Versichertenkarte
Versicherungskarte befindet sich

PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG/ ZUSATZVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG/ ZUSATZVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

LEBENSVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Begünstigter

Unterlagen befinden sich
Sonstiges:

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich
Sonstiges:

STERBEGELDVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

HAUSRATVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

FEUERVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

GEBÄUDEVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

PRIVATRECHTSCHUTZVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

VERKEHRSRECHTSCHUTZVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

KRAFTFAHRZEUGVERSICHERUNGEN

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich
Versichertes Fahrzeug

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich
Versichertes Fahrzeug

INSASSENUNFALLVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

WEITERE VERSICHERUNGEN

Art der Versicherung:

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

Art der Versicherung:

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

FOLGENDE VERSICHERUNGEN KÖNNEN GEKÜNDIGT WERDEN:

a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

RENTE/VORSORGE

Rentenversicherungsträger
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Bescheid/e vom
Unterlagen befinden sich

ZUSATZVERSICHERUNGEN/BETRIEBSRENTE

Versicherungsgesellschaft
Anschrift
Telefonnummer
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

BEAMTENVERSORGUNG

Pensionsfestsetzende Behörde
Anschrift
Telefonnummer
Personalnummer/ Aktenzeichen
Unterlagen befinden sich

STEUERNUMMER/STEUERIDENTIFIKATIONSNUMMER

Steuernummer
Identifikationsnummer

ERWERBSTÄTIGKEIT ALS ARBEITNEHMER

Arbeitgeber
Telefonnummer
Personalnummer
Sozialversicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

ALS SELBSTÄNDIGER (GEWERBE, FREIE BERUFE, LANDWIRTSCHAFT)

Art der Selbständigkeit
Anschrift der Firma
Zuständiges Finanzamt
Handelsregister
Weitere Angaben

NEBENBERUFE/NEBENBESCHÄFTIGUNG

Beschreibung der Tätigkeit
Weitere Angaben

Sonstiges:

GIROKONTEN

Geldinstitut
Anschrift
IBAN (DExx Bankleitzahl Kontonummer)
(BIC)
Zusätzliches

Geldinstitut

Anschrift
IBAN
(BIC)
Zusätzliches

SPARKONTEN

Geldinstitut
Anschrift
IBAN
(BIC)
Zusätzliches

WEITERE KONTEN

Geldinstitut
Anschrift
IBAN
(BIC)
Zusätzliches

Geldinstitut

Anschrift
IBAN
(BIC)
Zusätzliches

BANKSCHLIEßFACH

Geldinstitut
Anschrift
Schließfachnummer
Bankleitzahl

BAUSPARVERTRÄGE

Bausparkasse
Anschrift
Bausparnummer
Unterlagen befinden sich

Bausparkasse
Anschrift
Bausparnummer

Unterlagen befinden sich

Bausparkasse

Anschrift

Bausparnummer

Unterlagen befinden sich

Sonstiges

VERBINDLICHKEITEN

Darlehensgeber

Name und Anschrift

Betrag

Fälligkeit

Tilgung

Unterlagen befinden sich

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber

Name und Anschrift

Betrag
Fälligkeit
Tilgung
Unterlagen befinden sich

Sonstiges

GRUND- UND IMMOBILIENEIGENTUM

Art des Grundbesitzes/ Immobilie
Anschrift
Angaben zum Grundbucheintrag
Eigentumsverhältnis
Name/ Anschrift Miteigentümer
Unterlagen befinden sich

Art des Grundbesitzes/ Immobilie
Anschrift

Angaben zum Grundbucheintrag
Eigentumsverhältnis
Name/ Anschrift Miteigentümer
Unterlagen befinden sich

Sonstiges

BESTEHENDE VERTRÄGE

(z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet usw.)

Vertragsgegenstand und Vertragspartner
Anschrift
Telefonnummer
Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand und Vertragspartner
Anschrift
Telefonnummer

Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand und Vertragspartner
--

Anschrift

Telefonnummer

Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand und Vertragspartner
--

Anschrift

Telefonnummer

Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand und Vertragspartner
--

Anschrift

Telefonnummer

Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand und Vertragspartner
--

Anschrift

Telefonnummer

Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand und Vertragspartner
Anschrift
Telefonnummer
Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand und Vertragspartner
Anschrift
Telefonnummer
Unterlagen befinden sich

Sonstiges

BESTEHENDE ABONNEMENTS

Abonnements für
Vertragspartner
Anschrift
Telefonnummer
Unterlagen befinden sich

Abonnements für
Vertragspartner

Anschrift
Telefonnummer
Unterlagen befinden sich

Abonnements für
Vertragspartner
Anschrift
Telefonnummer
Unterlagen befinden sich

Sonstige Abos

FAHRZEUGE

Fahrzeugart
Hersteller/ Typ
Amtliches Kennzeichen
Regelmäßiger Standort

Fahrzeugart

Hersteller/ Typ
Amtliches Kennzeichen
Regelmäßiger Standort

MITGLIEDSCHAFTEN

(in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, usw.)

Mitglied bei
Ansprechpartner
Name und Anschrift

Mitglied bei
Ansprechpartner
Name und Anschrift

VORBEREITENDE MAßNAHMEN FÜR EINE KRANKENHAUSÜBERWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnorts und Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit das Außenlicht einschalten
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankbett freimachen (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle, wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- bisher einzunehmende Medikamente
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienstbenachrichtigen

FÜR DEN TODESFALL

Mein Testament ist hinterlegt bei:

Name
Anschrift

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

TODESFALL ZU HAUSE

- (Haus-) Arzt benachrichtigen, der den Todesschein ausstellt
- Nächste Angehörigen benachrichtigen

Egal ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht, folgende Unterlagen sind unverzichtbar:

- Personalausweis oder Reisepass
- Totenschein
- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde
- ggf. Scheidungsurteil
- ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
- Krankenversichertenkarte
- Versicherungspolice, Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherungen
- Post/ Bankvollmacht über den Tod hinaus
- Mitteilung der letzten Rentenanpassung
- Falls vorhandene Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag

Folgende Formalitäten sind zu erledigen

- ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
- Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
- Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde

- Beantragung des Erbscheines beim zuständigen Amtsgericht (ggf. Testament vorlegen)
- Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.
- Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften etc.), Vereinen und Verbänden
- Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen
- ggf. Haushaltsauflösung veranlassen

Zu organisieren sind

- Art und Durchführung der Bestattung
- Überführung des Leichnams durch den Bestatter (Sterbeurkunden beifügen)
- Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
- Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

Diese Notfallmappe ist auf Initiative des Seniorenbeirates der Stadt Pinneberg zustande gekommen. Der Seniorenbeirat dankt der Stadt Pinneberg für die freundliche Unterstützung.

Seniorenbeirat der Stadt Pinneberg