



SENIORENBEIRAT PINNEBERG

Notfallmappe für

Name:

Vorwort

Liebe Pinnebergerinnen und Pinneberger,

ein Notfall ist nicht planbar. Jede Person kann plötzlich und unerwartet auf Hilfe angewiesen sein – sei es durch einen Unfall, durch Krankheit oder ein anderes unvorhergesehenes Ereignis. In einer Notsituation zählt oft jede Minute, und klare Informationen können entscheidend sein.

Diese Notfallmappe soll allen Beteiligten dabei helfen, in schwierigen Momenten den Überblick zu behalten. Hier können Sie alle wichtigen Unterlagen, persönlichen Daten, medizinischen Informationen und Ansprechpartner an einem Ort sammeln. So sind Sie gut vorbereitet – und Menschen, die Ihnen helfen möchten, können schnell und gezielt handeln.

Wir möchten Sie ermutigen, die Mappe in Ruhe auszufüllen und regelmäßig zu aktualisieren. Vielleicht nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um gemeinsam mit Ihrer Familie oder vertrauten Personen die Inhalte durchzugehen. Vorsorge bedeutet Verantwortung – für sich selbst, aber auch für diejenigen, die Ihnen nahestehen.

Die Mappe sollte gut auffindbar bereit liegen, weisen Sie Ihre Vertrauenspersonen auf diese Mappe hin und vereinbaren Sie einen sicheren Aufbewahrungsort. Sollten Sie Hilfe benötigen, wenden Sie sich gern an den Pinneberger Seniorenbeirat unter info@seniorenbeirat-pinneberg.de oder schauen Sie auf die Homepage www.seniorenbeirat-pinneberg.de.

Wir wünschen Ihnen, dass Sie diese Mappe hoffentlich nie in einer ernststen Situation benötigen – aber das gute Gefühl haben, für den Fall der Fälle bestens vorbereitet zu sein.



Natalina di Racca-Boenigk
- Bürgervorsteherin -



Thomas Voerste
- Bürgermeister -



Regina Timm
- Vorsitzende Seniorenbeirat -

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	3
Persönliche Daten	5
Persönliche Zugangsdaten und Passwörter im Internet	5
Persönliche Daten	6
Im Notfall zu benachrichtigen	7
Im Notfall zu Beachten	7
Hausarzt	8
Andere Ärzte bei denen ich ständig in Behandlung bin	8
Mein ambulanter Pflegedienst	9
Ärztliche Behandlungen -ambulant-	9
Medikamente	10
Zahnärztliche Behandlungen	11
Klinische Behandlungen –stationär-	11
Weitere medizinische Daten	12
Vorsorgevollmacht	13
Patientenverfügung	14
Gesetzliche Krankenkasse	14
Private Krankenversicherung/ Zusatzversicherung	15
Private Krankenversicherung/ Zusatzversicherung	15
Lebensversicherung	15
Sterbegeldversicherung	16
Privathaftpflichtversicherung	16
Hausratversicherung	17
Feuerversicherung	17
Gebäudeversicherung	17
Privatrechtschutzversicherung	18
Verkehrsrechtschutzversicherung	18
Kraftfahrzeugversicherungen	18
Insassenunfallversicherung	19
Weitere Versicherungen	19
Folgende Versicherungen können gekündigt werden:	20
Rente/Vorsorge	20
Zusatzversicherungen/Betriebsrente	21
Beamtenversorgung	21
Steuernummer/Steueridentifikationsnummer	21

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
Email	

2. Kind

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

3. Kind

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

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

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

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

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	Email/Fax

ANDERE ÄRZTE BEI DENEN ICH STÄNDIG IN BEHANDLUNG BIN

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer/Fax

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer/Fax

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer/Fax

Apotheke

Name und Anschrift der Apotheke	
Telefonnummer	Email/Fax

MEIN AMBULANTER PFLEGEDIENST

Name und Anschrift des Pflegedienstes	
Telefonnummer	Email/Fax

ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -AMBULANT-

Datum von/bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

MEDIKAMENTE

Name des Medikaments	Einnahmezeit			
	morgens	mittags	abends	nachts

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.) ☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja, welche:

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Datum von/bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

KLINISCHE BEHANDLUNGEN –STATIONÄR–

Datum von/bis	Grund der Klinikaufhalts (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		

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/Email
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

LEBENSVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer/Email
Versicherungsnummer
Begünstigter
Unterlagen befinden sich

UNFALLVERSICHERUNG

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

STERBEGELDVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer/EMail
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

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

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

INSASSENUNFALLVERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer/EMail
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

WEITERE VERSICHERUNGEN

Art der Versicherung:

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer/Email
Versicherungsnummer
Unterlagen befinden sich

Art der Versicherung:

Versicherungsgesellschaft und Örtl. Versicherungsagenten
Anschrift
Telefonnummer/Email
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 Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle, wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- 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