

Notfallmappe

Teil 1: Medizinischer Teil



Diese Notfallmappe gehört:

Name: _____

Anschrift: _____

Impressum:

Arbeitsgruppe „Notfallmappe“:

Herr Dipl.-Geogr. (Univ.) Hans Zott, Beauftragter für Senioren und Menschen mit Behinderung des Landkreises Traunstein

Frau Dr. med. Mai Aumüller-Nguyen, Kliniken Südostbayern

Frau Dr. med. Marianne Gerusel-Bleck, Kliniken Südostbayern

Frau Dipl.-Soz.-Päd. Claudia Ebeling-Wimmer, Kliniken Südostbayern

Herr Dr. med. Hans Haußer, Seniorenbeirat Stadt Trostberg

Frau Dr. med. Melanie Kretschmar, Ärztlicher Kreisverband Traunstein

Kontakt:

Geriatrische Rehabilitation

Kreisklinik Trostberg

Sekretariat

Siegerthöhe 1

83308 Trostberg

Tel.: +49 (0) 8621 / 87 6020

Als Vorlage dienten uns die Notfallmappen des Landkreises Schwandorf sowie der Seniorenbeiräte der Städte Trostberg und Traunreut. Herzlichen Dank.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

Vorwort

Krankheit und Alter machen vor Keinem halt. Die rechtzeitige Vorsorge sollte deshalb für jeden von uns selbstverständlich sein.

Um Ihnen dieses zu erleichtern, haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landratsamtes Traunstein, der Kliniken SOB Trostberg, Traunstein und Ruhpolding unter Mitwirkung des Ärztlichen Kreisverbandes Traunstein und des Seniorenbeirates Trostberg eine Notfallmappe entwickelt.

Diese wird Ihnen und Ihren Angehörigen helfen, im Notfall (z.B. bei einer Klinikeinweisung) schnell alle notwendigen Schritte einzuleiten und wichtige Aufgaben zu erledigen. Täglich sind Menschen von einer Minute zur anderen auf fremde Hilfe angewiesen und können den eigenen Willen nicht mehr artikulieren. Dafür finden Sie in der Notfallmappe wichtige Telefonnummern und Hinweise bzw. eine systematische Anordnung aller relevanten Aspekte. Damit haben Sie bzw. Ihre Helfer (z.B. Ärzte oder Angehörige) alle nötigen Informationen schnell und sicher zur Hand. Diese sollten aber nur Vertrauenspersonen zugänglich sein.

Nehmen Sie sich Zeit, die Notfallmappe nach Ihren Bedürfnissen (und vor allem im medizinischen Teil vollständig) auszufüllen und falls notwendig, die Angaben mit Ihren Angehörigen oder Beauftragten zu besprechen. Denken Sie bitte daran, die Angaben regelmäßig zu überprüfen.

Wir wünschen uns, dass viele Bürgerinnen und Bürger ihre wichtigen Dinge unter Zuhilfenahme der Notfallmappe regeln, diese jedoch in wenigen Notfällen eingesetzt werden muss.



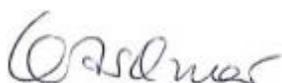
Siegfried Walch

Landrat
Landkreis Traunstein



Dr. Uwe Gretscher

Vorstandsvorsitzender
Kreiskliniken Südostbayern AG



Dr. Melanie Kretschmar

Vorsitzende des Ärztlichen
Kreisverbandes Traunstein



Elisabeth Ulmer

Vorstand
Kreiskliniken Südostbayern AG

EINLEITUNG	5
TEIL 1: MEDIZINISCHER TEIL – DATEN FÜR DEN NOTFALL.....	6
Daten für den Notfall.....	6
Wichtige Rufnummern	6
Karte für die Geldbörse: (Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung)	7
Krankenhaus-Einweisung (vorbereitende Maßnahmen)	8
Persönliche Daten	9
Persönliche Daten	9
Im Notfall benachrichtigen.....	10
Im Notfall zu beachten	11
Gesundheit / Krankheit	11
Medizinische Daten / Medikamentenplan / Befunde / Berichte.....	11
Behandelnde Ärzte / Ärztinnen.....	15
Krankenversicherung(en) / Pflegeleistungen.....	17

Einleitung

Sehr geehrter Besitzer,
sehr geehrte Besitzerin dieser Notfallmappe,

eigenverantwortlich möchten Sie sich für den Ernstfall vorbereiten – **eine gute Entscheidung!**

Mit diesem Ordner verschaffen Sie sich und Ihren Angehörigen einen umfassenden Überblick über Ihre wichtigsten persönlichen Unterlagen – für alle Fälle.

Hier können Sie wichtige Dokumente übersichtlich zusammenstellen, sortieren, aufbewahren und evtl. andere Aufbewahrungsorte vermerken. So lässt sich Wichtiges kurzfristig finden.

In einem Notfall fehlt meist die Zeit und die Ruhe des Suchens!

Sie haben die Möglichkeit individuelle Notizen auf Vordrucken zu vermerken und auch zu ergänzen. Anhand von Dokumenten-Checklisten sind wichtige Unterlagen sofort griffbereit.

Außerdem finden Sie wichtige Informationen und nützliche Hinweise zum Beispiel zu den Themen Krankenhauseinweisung oder Trauerfall. Denken Sie daran, Ihre Daten nur Vertrauenspersonen zugänglich zu machen.

Um Ihnen die Suche zu erleichtern, haben wir die Notfallmappe in einen

- **Teil 1: Medizinischer Teil - Daten für den Notfall (roten Ordner verwenden)** und einen
- **Teil 2: Wirtschaftlicher Teil - Weitere Daten und Informationen (blauen Ordner verwenden)**
gegliedert.

Wir wünschen Ihnen das gute Gefühl, vorbereitet zu sein!

Ihre Arbeitsgruppe.

Teil 1: Medizinischer Teil – Daten für den Notfall

Daten für den Notfall

Wichtige Rufnummern

Polizei	110
Rettungsdienst (Notarzt / Notärztin / Feuerwehr)	112

Bitte unbedingt angeben: → Wer ruft an?

→ Wo ist etwas passiert?

→ Was ist passiert?

Kassenärztlicher Notfalldienst / Bereitschaftsdienst	116 117
---	---------

Hausarzt / Hausärztin:

Name: _____

Telefon: _____

Haupt - Kontaktperson (Weitere Kontaktpersonen siehe Seite....!):

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Karte für die Geldbörse: (Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung)

	JA	NEIN
Ich habe eine Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

Original ist hinterlegt bei (Name): _____

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



Ich habe eine Betreuungsverfügung
 Ich habe eine Vorsorgevollmacht
 Ich habe eine Patientenverfügung

Mein Name:	
Meine Anschrift:	
Telefonnummer:	

Meine Vertrauensperson ist:

Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	

Ich habe eine Betreuungsverfügung
 Ich habe eine Vorsorgevollmacht
 Ich habe eine Patientenverfügung

Mein Name:	
Meine Anschrift:	
Telefonnummer:	

Meine Vertrauensperson ist:

Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	

Krankenhaus-Einweisung (vorbereitende Maßnahmen)

- Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung).
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Tische und Stühle wegräumen).
- Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung.
- Notfallmappe.
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag).
- Toilettenartikel, ggfs. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe.
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe.
- Bisher einzunehmende Medikamente, Medikamentenplan.
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen.
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden).
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.).
- Ggfs. Pflegedienst benachrichtigen.

Persönliche Daten

Persönliche Daten

Name	Vorname(n)
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	
Konfession	Kirchengemeinde

Familienstand	Ehegatte: Name, Vorname(n)
evt. früherer Name des Ehegatten	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	Handy des Ehegatten

Pflegegrad: (bitte ggfs. Ankreuzen)

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Im Notfall benachrichtigen

Name 1:	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

Name 2:	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

Name 3:	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

Im Notfall zu beachten

- Personen, die für meine Wohnung einen Schlüssel besitzen:

Name(n): _____

- Haustiere

Versorgung: _____

Gesundheit / Krankheit

Medizinische Daten / Medikamentenplan / Befunde / Berichte

- Medikamentenplan vorhanden
- Medikamentenplan nicht vorhanden
- Aktuelles Laborblatt
- Facharztberichte
- Krankenhausaufenthalte

Nach dieser Seite ggfs. aktuellen Medikamentenplan / aktuelles Laborblatt / Facharztberichte / Krankenhausaufenthalte etc. einfügen / einheften.

Weitere medizinische Daten:

Blutgruppe (zutreffendes bitte ankreuzen):

A	B	AB	0	positiv	negativ
---	---	----	---	---------	---------

Allergien	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Allergiepass befindet sich	
Allergie gegen	

Diabetes	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Insulin	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Tabletten	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Impfungen	
Impfbuch vorhanden	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Nähere Beschreibung	

Implantate	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)	

Transplantationen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Art der Transplantation und weitere Angaben	

Organspende-Ausweis	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ausweis befindet sich	

Sonstiges

Behandelnde Ärzte / Ärztinnen

Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name des Arztes		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

Name des Arztes		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

Name des Arztes		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

Name des Arztes		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

Name des Arztes		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

Name des Arztes		
Anschrift der Praxis		
Fachrichtung		
Telefonnummer	Handy	E-Mail-Adresse

Krankenversicherung(en) / Pflegeleistungen

Gesetzliche Krankenkasse

Name der Krankenkasse	
Anschrift	
Telefonnummer	
Nummer der Versichertenkarte	
Versichertenkarte befindet sich	

Private Krankenversicherung / Krankenhauszusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Pflegeleistungen

Pflegeleistungen vorhanden	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Angaben zu beauftragten Pflegediensten (Name, Anschrift usw.)	

KLINIKEN
SUDOSTBAYERN



LANDKREIS
TRAUNSTEIN



AKV TRAUNSTEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts