



## Notfallmappe für

Bitte Vor- und Nachname eintragen

Alles  
Wichtige  
auf einen  
Blick

Weil es manchmal schnell gehen muss!





## Inhalt

Vorwort .....	3
Wichtige Rufnummern .....	4
Wichtige Angaben beim Notruf .....	4
Persönliche Daten .....	5
Im Notfall zu benachrichtigen .....	6
Wer hat für die Wohnung und sonstige Räume Schlüssel? .....	6
Ärzte .....	7
Sonstige wichtige Angaben .....	8
Versicherungen .....	10
Rente/Vorsorge .....	13
Aufbewahrung wichtiger Unterlagen .....	14
Vollmacht/Patientenverfügung .....	14

## Vorwort



**Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,**

wir alle hoffen, dass so ein Fall nie eintreten wird: ein plötzlicher Herzinfarkt, ein Schlaganfall oder auch ein schwerer Unfall, bei dem wir das Bewusstsein verlieren und zumindest vorübergehend weder Auskünfte zu unserer Person erteilen, noch Entscheidungen treffen können. Die Wahrheit aber ist: Es kann jeden von uns treffen, egal in welchem Alter. Diese Notfallmappe soll in einem solchen Fall den Ersthelfern und insbesondere den nahen Angehörigen einen Leitfaden an die Hand geben, was sie beachten sollten und wo sie wichtige Unterlagen finden.

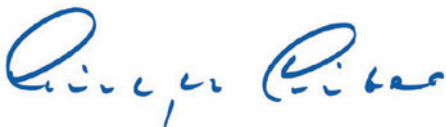
Stellen Sie sich vor, Sie verlieren das Bewusstsein, man bringt Sie ins Krankenhaus und niemand weiß, dass Sie auf bestimmte Substanzen allergisch reagieren. Stellen Sie sich vor, Sie sind plötzlich in der schwierigen Situation, keine Entscheidungen mehr treffen zu können. Sie haben zwar alles geregelt, aber niemand weiß davon und in der Eile werden die von Ihnen getroffenen Entscheidungen nicht umgesetzt.

Ihre Wünsche zu kennen ist eine große Hilfe für Ihre Angehörigen. Wenn es schnell gehen muss, ist es zudem wichtig zu wissen, wo Sie wichtige Unterlagen aufbewahren.

Ich weiß, es ist nicht angenehm, sich mit der eigenen Krankheit, einem möglichen Unfall oder dem Tod auseinanderzusetzen. Manchmal können jedoch Informationen Leben retten oder zumindest dazu beitragen, dass Entscheidungen in Ihrem Sinn getroffen werden. Deshalb lege ich Ihnen diese Notfallmappe sehr ans Herz.

In der Hoffnung, dass diese Mappe bei Ihnen niemals zum Einsatz kommen muss, verbleibe ich mit den besten Wünschen und Grüßen

Ihr



Christoph Göbel  
Landrat

## Wichtige Rufnummern

**Polizei** **110**

---

**Feuerwehr** **112**

---

**Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst** **112**

---

**Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern** **116 117**

---

**Giftnotruf** **(089) 19240**

---

**Örtliche Polizeiinspektion** (bitte eintragen)

---

**EC-Kartensperrung** (bitte eintragen)

---

**Ambulanter Pflegedienst** (bitte eintragen)

---

**Nächstgelegenes Krankenhaus** (bitte eintragen)

---

**Wunschkrankenhaus** (bitte eintragen)

---

## 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!



## Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	Telefax
Konfession	
Familienstand	Ehegatte: Name, Vorname
weitere Anmerkungen	

### Nicht vergessen!

Krankenversicherungskarte  
Personalausweis  
Medikamente  
Organspendeausweis

## Im Notfall zu benachrichtigen

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	Verhältnis (z. B. Mutter, Sohn, Freundin...)

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

## Wer hat für Wohnung und sonstige Räume Schlüssel?

---

---

---



## Ärzte

### Hausarzt

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

Handy

### Andere Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefonnummer

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefonnummer

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefonnummer

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefonnummer

---



## Ärzte

### Zahnarzt

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefonnummer

### Ambulanter Pflegedienst

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefonnummer

## Sonstige wichtige Angaben

### Schwerbehinderung

---

Nein

Ja GdB

### Allergien (auch auf Medikamente)

---

Nein

Ja (Wenn ja, welche)

### Medizinische Implantate (künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, ...)

---

Nein  Ja (Wenn ja, welche)

---



## Impfungen

Nein  Ja (Wenn ja, welche bzw. zuletzt folgende)

---

## Medikamente

---

Name des Medikaments	Einnahmezeit
----------------------	--------------

---

Name des Medikaments	Einnahmezeit
----------------------	--------------

---

Name des Medikaments	Einnahmezeit
----------------------	--------------

## Blutgerinnungshemmende Medikamente?

Nein  Ja (Wenn ja, welche)

---

## Diabeteserkrankung? Nehmen Sie Medikamente?

Nein  Ja (Wenn ja, welche)

---

## Blutgruppe

---

## Organspendeausweis

Nein  Ja

---

## Versicherungen

### Krankenversicherung

---

Name der Krankenkasse

---

Anschrift

Telefonnummer

---

Nr. der Versicherungskarte

### Pflegeversicherung

---

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

---

Anschrift

Telefonnummer

### Lebensversicherungen

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

Versicherungsnummer

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

Versicherungsnummer

### Unfallversicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

Versicherungsnummer



---

## Sterbegeldversicherung/Bestattungsvorsorgevertrag

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

## Privathaftpflichtversicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

## Hausratversicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

## Brandversicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

## Gebäudeversicherung/Hausbesitzerhaftpflicht

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

## Rechtsschutzversicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

Versicherungsnummer

## Verkehrsrechtsschutzversicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

Versicherungsnummer

## Kfz-Versicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

Versicherungsnummer

## Sonstige Versicherungen

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

Versicherungsnummer

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

Versicherungsnummer



## Rente/Vorsorge

### Altersrente

---

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

### Hinterbliebenenrente

---

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

### Betriebsrente/Zusatzrente

---

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

### Private Rentenversicherung

---

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

### Sonstige Renten

---

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

---

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

---

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

**Die folgenden Unterlagen sollten an einem definierten Platz aufbewahrt werden. Außerdem sollten Sie vertraute Personen über die Existenz und den Aufbewahrungsort der Dokumente informieren:**

### **Vollmachten, z. B.**

- für Konten, Vorsorge

### **Verfügungen**

- Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, letzte Verfügung/Testament, Verfügung zur Organspende, Verfügungen für minderjährige Kinder

### **Urkunden, z. B.**

- Geburtsurkunde
- evtl. Heiratsurkunde, ggf. Ehevertrag
- evtl. Scheidungsurteil
- evtl. Sterbeurkunde des Ehepartners

### **Bankunterlagen**

- Girokonto, Sparkonto, Depot, Wertpapiere, Schließfächer, Safes

### **Steuerunterlagen**

### **Eigentum, z. B.**

- Grundstücke, Immobilien mit eventuellen Mietverträgen, Auto

### **Verträge/Verpflichtungen, z. B.**

- Mietvertrag (+ Kautionsvereinbarung), Kleingarten
- Strom/Gas/Wasser
- Bausparvertrag
- Fernseh- und Rundfunkbeitrag, Bezahlfernsehen
- Telefon, Handy, Internet
- Unterhalt
- Darlehen/Raten/Leasingzahlungen
- Arbeitgeber/Nebentätigkeit
- Zeitung/Zeitschriften/Lose/sonstige Abonnements

### **Versicherungen, z. B.**

- Rentenversicherungen, Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherung
- Krankenversicherungen und evtl. Zusatzversicherungen
- Unfall-, Berufsunfähigkeits-, Haftpflicht-, Kfz-Versicherungen
- Haus- und Grundbesitzversicherungen
- Rechtsschutz

### **Mitgliedschaften/Ehrenämter/Vereine, z. B.**

- Sportverein, Kulturverein, ADAC, Genossenschaft



## Vollmacht/Patientenverfügung

### Liste der Personen, die die Vertrauensperson benachrichtigen soll

#### Patientenverfügung

Nein  Ja (Wenn ja, wo ist die Verfügung zu finden? Kopie beilegen)

---

#### Vorsorgevollmacht

Nein  Ja (Wenn ja, wo ist die Vollmacht zu finden?)

---

#### Betreuungsverfügung

Nein  Ja (Wenn ja, wo ist die Verfügung zu finden? Kopie beilegen)

---

#### Bestattungsvorsorgevertrag

Nein  Ja (Wenn ja, wo ist der Vertrag zu finden? Kopie beilegen)

---

#### Testament

Nein  Ja (Wenn ja, wo ist das Testament zu finden?)

---



\_\_\_\_\_  
Name /Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
lebenswichtige Medikamente

\_\_\_\_\_  
Allergien

\_\_\_\_\_  
künstliche Implantate

\_\_\_\_\_  
Blutgruppe

\_\_\_\_\_  
Kontaktdaten des Hausarztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name /Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
lebenswichtige Medikamente

\_\_\_\_\_  
Allergien

\_\_\_\_\_  
künstliche Implantate

\_\_\_\_\_  
Blutgruppe

\_\_\_\_\_  
Kontaktdaten des Hausarztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name /Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
lebenswichtige Medikamente

\_\_\_\_\_  
Allergien

\_\_\_\_\_  
künstliche Implantate

\_\_\_\_\_  
Blutgruppe

\_\_\_\_\_  
Kontaktdaten des Hausarztes

\_\_\_\_\_

**Hier haben Sie die Möglichkeit, für sich und Ihre Angehörigen bzw. weitere Vertrauenspersonen ein Notfallkärtchen herauszutrennen.**

Dieses bewahren Sie am besten im Geldbeutel auf, um im Notfall jederzeit Zugriff auf die wichtigsten Informationen zu haben.

**Bitte denken Sie daran, auf den Notfallkärtchen folgende Angaben zu machen:**

- lebenswichtige Medikamente (z. B. gegen Diabetes, Antikoagulanzen wie Marcumar)
- Allergien (z. B. auf Medikamente/Wirkstoffe),

- künstliche Implantate (z. B. Herzschrittmacher, Hüftgelenk),
- im Notfall zu verständigende Person,
- Kontaktdaten des Hausarztes.

Auf den Kärtchen können Sie auch angeben, ob Sie über eine Patientenverfügung und /oder eine Vorsorgevollmacht verfügen, wo diese genau zu finden sind und wer die bevollmächtigte Person ist.

im Notfall zu verständigende Personen

Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Aufbewahrungsort

**NOTFALLKARTE**



**112**

im Notfall zu verständigende Personen

Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Aufbewahrungsort

**NOTFALLKARTE**



**112**

im Notfall zu verständigende Personen

Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Aufbewahrungsort

**NOTFALLKARTE**



**112**





**Landkreis  
München**

**Notfallmappe**

**Landratsamt München**

Mariahilfplatz 17 · 81541 München · [www.landkreis-muenchen.de](http://www.landkreis-muenchen.de)