BERCHTESGADENER LAND

Landkreis Berchtesgadener Land

NOTFALLMAPPE

Teil 1: Medizinischer Teil

In Kooperation

KLINIKEN SÜDOSTBAYERN

ÄKV BERCHTESGADENER LAND
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Diese Notfallmappe gehört:

Name _____

Anschrift _____

_____

_____

Impressum:
Arbeitsgruppe „Notfallmappe“:

Herr Dipl.-Geogr.(Univ.) Hans Zott,
Beauftragter für Senioren und für 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

Die im Landkreis Traunstein entwickelte Notfallmappe wurde dem Landkreis Berchtesgadener Land zur Verfügung gestellt. Vielen Dank.

Kontakt:
Barbara Müller
Beauftragte für Senioren und für Menschen mit Behinderung des Landkreises Berchtesgadener Land
Landratsamt Berchtesgadener Land
Salzburger Straße 64
83435 Bad Reichenhall
Telefon: 0049 8651 773-862
E-Mail barbara.mueller@lra-bgl.de

Als Vorlage dienten 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.

Stand: April 2019

VORWORT

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

Um Ihnen dies zu erleichtern, wurde die vorliegende Notfallmappe entwickelt.

Sie 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 und 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 würden uns freuen, wenn Sie unter Zuhilfenahme der Notfallmappe für den - hoffentlich nicht eintretenden - Ernstfall vorsorgen und damit eine schnelle und zielgerichtete Hilfe erleichtern.

Georg Grabner
Landrat
Landkreis Berchtesgadener Land

Dr. Uwe Gretscher
Vorstandsvorsitzender
Kreiskliniken Südostbayern AG

Dr. Reinhard Reichelt
Vorsitzender des Ärztlichen
Kreisverbandes Berchtesgadener Land

Elisabeth Ulmer
Vorstand
Kreiskliniken Südostbayern AG

INHALTSVERZEICHNIS

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, auf-bewahren und evtl. andere Aufbewahrungsorte vermerken. So lässt sich Wichtiges kurzfristig finden. In einem Notfall fehlt meist die Zeit und die Ruhe des Suchens! Bitte legen Sie den Teil 1(medizinischer Teil) **für alle sichtbar,** z. B. bei den Medikamenten, bereit. 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 Ordnerverwenden)

gegliedert.

Wir wünschen Ihnen das gute Gefühl, vorbereitet zu sein!

Ihre Arbeitsgruppe.

TEIL 1: MEDIZINISCHER TEIL
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	☐	☐
Ich habe eine Patientenverfügung	☐	☐
Ich habe eine Betreuungsverfügung	☐	☐

Hinweis:

Original ist hinterlegt bei (Name): _____

Zur Aufbewahrung in der Geldbörse/bei den Ausweispapieren u.s.w.

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 Krankenhauseinweisung
- Notfallmappe
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel, gegebenenfalls 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.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

Persönliche Daten

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

Familienstand	**Ehegatte: Name, Vorname(n)**
evtl. früherer Name des Ehegatten Geburtsort	
Wohnung der Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	**Handy des Ehegatten**

Pflegegrad (bitte gegebenenfalls 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 gegebenenfalls aktuellen Medikamentenplan / aktuelles Laborblatt / Facharztberichte / Krankenhausaufenthalte etc. einfügen / einheften.

Weitere medizinische Daten:

Blutgruppe (zutreffendes bitte ankreuzen):

A ☐	B ☐	AB ☐	0 ☐	positiv ☐	negativ ☐

Allergien	☐ JA ☐ NEIN
Allergiepass vorhanden	☐ JA ☐ NEIN
Allergiepass vorhanden	
Allergie gegen	

Diabetes	☐ JA ☐ NEIN
Insulin	☐ JA ☐ NEIN
Tabletten	☐ JA ☐ NEIN

Impfungen	
Impfbuch vorhanden	☐ JA ☐ NEIN

Anfallsleiden	☐ JA ☐ NEIN
Nähere Beschreibung	

Implantate	☐ JA ☐ NEIN
Art des Implantats (z. B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne, usw.)	

Transplantationen	☐ JA ☐ NEIN
Art der Transplantation und weitere Angaben	

Organspende-Ausweis	☐ JA ☐ NEIN
Ausweis befindet sich	

Sonstiges

Behandelnde Ärzte / Ärztinnen

Ärzte, bei denen ich ständig in 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 Krankenkasse / Krankenhauszusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Pflegeleistungen

Pflegeleistungen vorhanden	☐ JA ☐ NEIN
Angaben zu beauftragten Pflegediensten (Name, Anschrift, usw.)	