



# Notfallmappe

von

---

Ein Service der Landesseniorenvertretung Hessen e.V.  
Gefördert vom Hessischen Sozialministerium



# Für den Notfall

(Bitte neben das Telefon legen)

**Polizei** ..... 110  
**Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)** ..... 112  
**Schlaganfall-Telefon** ..... 112

## Hausarzt:

Name ..... Telefonnummer .....

Mein Name / Vorname .....

Meine Adresse .....

Meine Telefonnummer .....

Meine Krankenkasse .....

## Kontaktperson:

Name ..... Telefonnummer .....

Adresse .....



## Für den Notfall

(Zur Aufbewahrung in der Börse)

**Polizei** ..... 110  
**Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)** ..... 112  
**Schlaganfall-Telefon** ..... 112

## Hausarzt:

Name .....

Telefonnummer .....

Mein Name / Vorname .....

Meine Adresse .....

Meine Telefonnummer .....

Meine Krankenkasse .....

## Kontaktperson:

Name ..... Telefonnummer .....

Adresse .....

## Für den Notfall

(Zur Aufbewahrung in der Börse)

**Polizei** ..... 110  
**Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)** ..... 112  
**Schlaganfall-Telefon** ..... 112

## Hausarzt:

Name .....

Telefonnummer .....

Mein Name / Vorname .....

Meine Adresse .....

Meine Telefonnummer .....

Meine Krankenkasse .....

## Kontaktperson:

Name ..... Telefonnummer .....

Adresse .....



## Vorwort



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

„wer klug ist, sorgt vor“ – so sagt es der Volksmund. Und auch wir wollen, dass Sie in jeder Lebenslage sicher sein können, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird. Dabei soll Ihnen diese Mappe helfen, indem sie eine Ihnen vertraute Person mit klaren Handlungsanweisungen und allen nötigen Informationen versorgt.

Im Wesentlichen enthält diese Notfallmappe Formulare, auf denen Sie Informationen eintragen können, die in einem Notfall von Bedeutung sein können. Das umfasst persönliche und medizinische Daten sowie Vorsorgevollmachten und Verfügungen. Bitte nutzen Sie auch das separate Blatt, das Notizen „Für den Notfall“ sowohl zur Aufbewahrung neben dem Telefon als auch zur stetigen Mitführung – in der Geldbörse – enthält.

Die Inhaltsblätter der Notfallmappe hat die Landesseniorenvertretung Hessen e.V. erarbeitet, das Notizblatt der Landespräventionsrat Hessen. Beiden bin ich sehr dankbar. Darüber hinaus danke ich der Landesseniorenvertretung für die Unterstützung beim Vertrieb der Notfallmappe.

Ich hoffe, dass möglichst viele Bürgerinnen und Bürger dieses Angebot annehmen und ihnen dadurch im Notfall leichter geholfen werden kann.

Ihre

A handwritten signature in black ink that reads "Silke Lautenschläger".

Silke Lautenschläger  
Hessische Sozialministerin

# Notfall-Mappe von:

---

## Inhalt

1	Persönliche Daten .....	1
1.1	Familie .....	3
1.2	Berufliches .....	4
1.3	Im Notfall benachrichtigen .....	5
1.4	Personen, die keine Nachricht erhalten sollen .....	5
1.5	Wichtige Rufnummern .....	6
1.6	Rente / Versorgung .....	7
1.7	Krankenversicherung .....	9
2	Medizinische Daten – Gesundheitszustand .....	10
3	Notfall-Ausweise .....	13
4	Organspende-Ausweis .....	13
5	Vorbemerkungen zu Vorsorgevollmacht und Vorsorgeverfügungen .....	14
5.1	Vorsorgevollmacht / Vorsorgeverfügungen .....	15
6	Finanzen .....	17
6.1	Verbindlichkeiten .....	18
6.2	Hinweise auf bestehende Verträge .....	18
7	Fahrzeuge .....	19
7.1	Fahrzeug- / Verkehrsversicherungen .....	20
8	Sach- und Haftpflichtversicherungen .....	22
9	Mitgliedschaften .....	23
10	Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung .....	24
11	Checkliste für den Fall meines Todes .....	25



# 1 Persönlichen Daten

Name Vorname/n

Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer Handy

Mail-Adresse

**Konfession** Kirchengemeinde

Taufe / Sonstiges

**Familienstand** Ehegatte: Name / Vorname/n

Evtl. frühere/r Name/n des Ehegatten

Wohnung des Ehegatten

Telefonnummer des Ehegatten Handy des Ehegatten

Tag und Ort der Eheschließung Standesamt

Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches

Bei Tod des Ehegatten: Verwahrung der Sterbeurkunde

Güterstand, Ehevertrag

Verwahrung des Ehevertrags

**Bei Scheidung:** Datum, Gericht

Verwahrung des Scheidungsurteils

**Bei eingetragener Lebenspartnerschaft:** Name / Vorname/n des Partners

Vermögensstand

Verwahrung des Partnerschaftsvertrags



## 1.2 Berufliches

Arbeitnehmer: Tätigkeit /en

Personalnummer

Name des Arbeitgebers

Adresse des Arbeitgebers: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Bei Selbständigkeit: Name der Firma

Anschrift der Firma: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handelsregister, Finanzamt

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

## 1.3 Im Notfall benachrichtigen

Folgende Personen bitte umgehend benachrichtigen: (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail-Adresse)

---

---

---

---

Personen, die für meine Wohnung / Zweitwohnung / Büro / Lager / Garage oder sonstige Räume / Behältnisse Schlüssel besitzen:

---

---

---

---

## 1.4 Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en

---

---

---

---

## 1.5 Wichtige Rufnummern

### Mein Hausarzt:

Name  Telefonnummer

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

Name  Telefonnummer

Fachrichtung

Name  Telefonnummer

Fachrichtung

Name  Telefonnummer

Fachrichtung

### Mein ambulanter Pflegedienst:

Name  Telefonnummer

### Notdienst / Krankentransport:

Name  Telefonnummer

### Amtsgericht:

Sachbearbeiter  Telefonnummer

## 1.6 Rente / Versorgung

### Deutsche Rentenversicherung

.....  
Anschrift / Versicherungsnummer/n

.....  
Bescheid/e vom                      Verwahrung des Rentenbescheids

### Zusatzversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

.....  
Verwahrung des Rentenbescheids

### Private Rentenversicherung/en

.....  
Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

.....  
Verwahrung der Unterlagen

**Weitere Altersvorsorge/n** (Hinweise auf Art und Anschrift, Versicherungsnummer, Verwahrung)

.....  
.....  
Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

### Beamtenversorgung

.....  
Pensionsfestsetzende Behörde

.....  
Telefonnummer                      Personalnummer / Aktenzeichen

.....  
Verwahrung der Unterlagen

**Sterbegeldversicherung**

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Versicherungssumme

Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

**Lebensversicherung/en, Unfallversicherung/en**

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer

Versicherungssumme

Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

## 1.7 Krankenversicherung/en

### Gesetzliche Krankenkasse

Versicherungsnummer

### Besonders wichtig - Versicherungskarte!

Krankenversicherungskarte (Verwahrung):

### Private Krankenversicherung/en / Krankenzusatzversicherung/en

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Verwahrung der Unterlagen

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

### Pflegeversicherung/en (gesetzliche / private)

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Verwahrung der Unterlagen

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

## 2 Medizinische Daten - Gesundheitszustand

Blutgruppe

---

Gegenwärtige Krankheiten (Behandelnder Arzt / Telefonnummer)

---

---

Chronische Krankheiten (Behandelnder Arzt / Telefonnummer)

---

---

Diabetes Ja  Nein

Ausweis Verwahrung:

---

Insulin Ja  Nein

Tabletten Ja  Nein

Anfallsleiden Ja  Nein

---

---

Allergien Ja  Nein

---

---

**Medikamente**

---



---

Dauermedikation: Name des Medikaments, wann einzunehmen (morgens / mittags / abends)?

---

Blutgerinnung (Marcumar)    Ja                     Nein

---



---

**Implantate** (z.B.: Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen)

---



---

**Ambulante Behandlungen**

---



---

**Stationäre Behandlungen**

---



---



**Operationen** (Datum, Ort)

---

---

**Behinderung/en**

---

---

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes

Ausstellungsdatum

Aktenzeichen

Antrag gestellt am:

**Bemerkungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben



### 3 Notfall-Ausweis/e

**Röntgen-Pass** Ja  Nein

Verwahrung .....

**Diabetiker-Ausweis** (s. Kapitel Medizinischen Daten, S. 10)

**Impfnachweis** Ja  Nein

Verwahrung .....

**Allergie-Pass** Ja  Nein

Verwahrung .....

**Sonstige Ausweise / Unterlagen**

.....  
.....

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

### 4 Organspende-Ausweis

**Zur Organspende bereit** Ja  Nein

Verwahrung Ausweis / Unterlagen: .....

.....

## 5 Vorbemerkungen zu Vorsorgevollmacht und Vorsorgeverfügungen

Durch Unfall, Krankheit oder durch fortgeschrittene Einschränkungen im Alter kann jeder Mensch – auch ein jüngerer – in die Situation kommen, in der er seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst erledigen kann und auf die Hilfe anderer angewiesen ist.

Um in einem solchen Fall sicher zu stellen, dass die Helfer/innen Ihre Vorstellungen und Wünsche respektieren, und um den Personen, die dann für Sie handeln sollen, diese Aufgaben zu erleichtern, sollten Sie rechtzeitig vorsorgen.

Möglichkeiten hierzu bieten Ihnen: die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung und die Patientenverfügung.

Die vom Hessischen Ministerium der Justiz und vom Hessischen Sozialministerium herausgegebene Broschüre

### **„Betreuungsrecht Vorsorgevollmacht - Betreuungsverfügung - Patientenverfügung“**

bietet hierzu ausführliche Informationen und Vorschläge für die Abfassung einer Vollmacht oder Verfügung. Die Broschüre können Sie schriftlich anfordern vom:

Hessischen Ministerium der Justiz (HMdJ)  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
Luisenstraße 13  
65719 Wiesbaden

oder vom

Hessischen Sozialministerium (HSM)  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
Dostojewskistraße 4  
65187 Wiesbaden

Falls Sie bereits über die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten unterrichtet sind oder sich einen ersten Überblick für anschließende weitere Informationen verschaffen wollen, sind im Anhang zu finden:

Erläuterungen und Bausteine für die Patientenverfügung  
(s. obige Broschüre, S. 16, 18-23)

Muster einer Vorsorgevollmacht  
(s. obige Broschüre S. 43-46)

Muster einer Betreuungsverfügung  
(s. obige Broschüre, S. 47)

Muster einer Konto / Depotvollmacht / Vorsorgevollmacht  
(s. obige Broschüre, S. 49 u. S. 50)

Antrag auf Eintragung einer Vorsorgevollmacht (Formular für Privatpersonen) mit Anleitung hierzu und Antrag auf Eintragung der / des Bevollmächtigten zu einer Vorsorgevollmacht mit Anleitung hierzu  
(s. obige Broschüre, S. 51-S. 54)

## 5.1 Vorsorgevollmacht / Vorsorgeverfügungen

**Vorsorgevollmacht**

Ja

Nein

Inhalt in Stichworten (Medizinische / gesundheitliche, rechtsgeschäftliche Vollmacht für folgende Angelegenheiten / Generalvollmacht mit Gesundheitsvorsorge auch bei Lebensgefahr und Gefahr für schwere oder länger dauernde Gesundheitsschäden, § 1904 Abs. 1 BGB)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Verwahrung .....

Eingetragen .....

Bevollmächtigte/r .....

**Personen, die informiert sind**

.....

.....

.....

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben



**Patientenverfügung**

Ja

Nein

Verwahrung .....

Personen, die eine Ausfertigung / Abschrift erhalten haben (Hausarzt, Pflegestation, Angehörige, Freund/e/in)

.....

.....

Person/en, die Vollmacht haben, meine Patientenverfügung durchzusetzen:

.....

.....

**Betreuungsverfügung**

Ja

Nein

Verwahrung .....

Hinterlegt bei .....

Als Betreuer / Betreuerin gewünschte Person/en:

.....

.....

Meine Wünsche zur Durchführung der Betreuung:

.....

.....

Sonstiges (z.B.: familienrechtliche Verfügung, Vorsorge für betreute / zu betreuende Personen):

.....

.....

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben



## 6.1 Verbindlichkeiten

Verbindlichkeit/en bei Kreditinstitut/en, Verbindlichkeit/en bei Privatpersonen / Firmen,  
Hinweis/e auf bestehende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, fällige Überweisungen u.ä.  
(ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

---

---

---

---

---

---

## 6.2 Hinweise auf bestehende Verträge

Mietvertrag/-verträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Rundfunk  
Zeitung, Illustrierte, Fachzeitschrift/en u.a.  
(ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

---

---

---

---

---

---



## 7.1 Fahrzeug- / Verkehrsversicherungen

### Kraftfahrzeugversicherung/en

Fahrzeug ..... Amtliches Kennzeichen

Versicherung ..... Versicherungsnummer

Teilkasko Ja  Nein

Selbstbeteiligung: ..... Euro

Vollkasko Ja  Nein

Selbstbeteiligung: ..... Euro

Agenturanschrift / Anschrift der Versicherung

.....

.....

.....

### Insassenunfallversicherung

.....

.....

.....

Für weitere Fahrzeuge bitte gesondertes Blatt beifügen / einkleben

**Verkehrsrechtsschutzversicherung**

.....

Versicherungsgesellschaft mit Anschrift, Versicherungsnummer

.....

.....

.....

.....

.....

.....





## 10 Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnorts und der Zugangsmöglichkeiten geben!  
(Notarzt, Rettungsdienst, Feuerwehr: Notrufnummer 112, Polizei, Allgemeiner Notruf: 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten! (Fenster / Hausnummernbeleuchtung)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versicherungskarte (s. Abschnitt 1.7, Seite 9)
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften / Telefonnummern der nächsten Angehörigen, Freunde
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

# 11 Checkliste für den Fall meines Todes

## Sterbeurkunde

Nach jedem Todesfall muss beim Standesamt die Sterbeurkunde (mehrere Exemplare) beantragt werden. Dazu sind notwendig:

- der Totenschein (vom Arzt auszustellen)
- der Personalausweis / Reisepass der / des Verstorbenen
- die Geburtsurkunde der / des Verstorbenen
- ggf. Heiratsurkunde (Familienstammbuch)
- ggf. Scheidungsurteil, Sterbeurkunde

**Mein Personalausweis ist zu finden:**

---

**Meine Geburtsurkunde ist zu finden:**

---

**Heiratsurkunde, Familienstammbuch sowie die vorgenannten Unterlagen sind zu finden:**

---

---

## Meine Wünsche

Ich wünsche mir folgende Bestattung (Erd-, Feuer / Urnenbestattung, anonyme Bestattung, Seebestattung)

---

---

Mit folgendem Bestattungsunternehmen wurde ein Vertrag geschlossen:

Name, Anschrift

---

---

Verwahrung

---

**Einkleidung meines toten Körpers**

---

---

**Sarg, Ausstattung meines Sarges / meiner Urne**

---

---

**Trauerfeier** (kirchlich, nicht kirchlich, Vorbereitungsgespräch mit dem Pfarrer / Trauerredner o.a., ggf. Hinweis auf Unterlagen und deren Verwahrung)

---

---

**Versendung von Trauerkarten** (evtl. weitere Hinweise sind wo zu finden?)

---

---

**Traueranzeige** (wo, evtl. keine?)

---



---

**Blumen und Kränze** (Geldspende, statt Blumen evtl. Spende für einen bestimmten Zweck? Weitere Anordnungen sind wo zu finden?)

---



---

**Grab** (Beisetzungswunsch auf Friedhof, Bestand eines Grabnutzungsvertrages mit der Gemeinde / Kirchengemeinde, zur Grabpflege / Grabpflegevertrag, Wahlgrab / Reihengrab, Hinweise auf Unterlagen und deren Verwahrung)

---



---

**Letztwillige Verfügungen** (Testament, Erbvertrag, Vermächtnis/se, Hinweis auf deren Verwahrung)

---



---

**Auflösung des Haushalts / Verbleib von Tieren**

---



---