

# Medizinische Notfallmappe

für



**Seniorenbeirat  
Groß Kummerfeld**

## Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wir alle können plötzlich und unerwartet auf fremde Hilfe angewiesen sein.

Die Gründe hierfür sind vielfältig, sie reichen von Unfällen, Krankheiten bis hin zum fortgeschrittenen Alter. In solchen Situationen kann es vorkommen, dass der eigene Wille vorübergehend oder sogar dauerhaft nicht zum Ausdruck gebracht werden kann. Es ist daher wichtig, sich frühzeitig mit diesem Thema auseinanderzusetzen und entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Hierbei soll Ihre persönliche medizinische Notfallmappe, in die Sie alle notwendigen Daten und Informationen eintragen, dazu beitragen, dass Ihnen im Ernstfall zum Beispiel ein Arzt oder Rettungsdienst schnell helfen kann. Informieren Sie Ihre Vertrauenspersonen über das Vorhandensein einer solchen Mappe und bewahren Sie diese dort auf, wo sie im Notfall jederzeit zugänglich ist.

Überprüfen Sie regelmäßig Ihre Eintragungen, damit Erkrankungen, Medikamente, Allergien usw. immer auf dem aktuellen Stand sind.

Hilfe beim Ausfüllen der Formulare erhalten Sie, falls gewünscht, bei den Mitgliedern des Seniorenbeirats.

Zusätzlich zur gedruckten Form steht Ihnen die Notfallmappe auch im Internet unter: <http://www.grosskummerfeld.de> zur Verfügung.

Jörg Wrage  
Bürgermeister

Anke Pawlik  
Vorsitzende des Seniorenbeirats

# Inhaltsverzeichnis

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger.....	2
Inhalt .....	3
Wichtige Rufnummern (Stand: September 2015 ).....	4
Persönliche Daten .....	5
Im Notfall zu benachrichtigen / zu beachten .....	6
Hausarzt .....	7
Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin .....	7
Mein ambulanter Pflegedienst .....	7
Medikamente .....	8
Krankenversicherung/en .....	9
Private Krankenversicherung/ Krankenzusatzversicherung .....	9
Private Krankenversicherung/ Pflegegeldzusatzversicherung .....	9
Unfallversicherung .....	9
Weitere medizinische Daten .....	10
Weitere medizinische Daten .....	11
Ärztliche Behandlung - ambulant— .....	12
Klinische Behandlungen - stationär— .....	13
Zahnärztliche Behandlungen .....	13
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung .....	14
Bestattungsvorsorge / andere Verfügungen .....	15
Krankenhauseinweisung, vorbereitende Maßnahmen .....	16
Notizen .....	17
Hinweise .....	18

## Wichtige Rufnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	110
Rettungsdienst / Notarzt / Feuerwehr	112
Wenn Sie außerhalb der Praxisöffnungszeiten dringend medizinische Hilfe benötigen, können Sie sich an den ärztlichen Bereitschaftsdienst wenden. Notdienst: Freitag 18.00 Uhr bis Montag 7.00 Uhr	
Ärztlicher Bereitschaftsdienst S-H	116 117
Augenärztlicher und HNO-ärztlicher Notdienst	116 117
Zahnärztlicher Notdienst	116 117
Kinderärztliche Anlaufpraxis	116 117
Apotheken Notdienst Den aktuellen Notdienst finden Sie auf oder über	www.aksh- notdienst.de 0 800 0022833
Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster	04321 405 0
Segeberger Kliniken	04551 801 0
Herzklinik Segeberg	04551 802 0
Giftnotruf	0551 19240
Opfernotruf und Info-Telefon	01803 343434
Weißer Ring (Opferhilfe) kostenlos	116006
Pflegestützpunkt Bad Segeberg	04551 955112
Palliativstation FEK—NMS	04321 405 5550
Palliativnetz Travebogen (Team Nord)	04551 9084332
EC-Kartensperrung	116 116
Telefonauskunft	11833
Behördentelefon	115
Telefonseelsorge † Evangelisch	0800 1110111
† Katholisch	0800 1110222

# 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	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	
Handy des Ehegatten	

Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils
--

Raum für weitere Anmerkungen
------------------------------

## Im Notfall zu benachrichtigen

Name	
Vorname/n	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Telefax	

Name	
Vorname/n	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Telefax	

## Im Notfall zu beachten

Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen

Sonstiges

# Hausarzt

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	

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

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

## Mein ambulanter Pflegedienst

Name / Anschrift des Dienstes	
Telefonnummer	
Telefax	





# Krankenversicherungen

Name der Krankenkasse	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Versicherungskarte befindet sich	

## Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Örtl. Versicherungsagentur	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Weitere medizinische Daten

Blutgruppe			
------------	--	--	--

Impfungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Impfbuch vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Impfbuch befindet sich			
Impfungen gegen			

Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allergiepass befindet sich			
Allergien gegen			

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welcher Typ	<input type="checkbox"/> Typ1	<input type="checkbox"/> Typ2	
Insulin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tabletten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ausweis befindet sich			

Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nähere Beschreibung			

HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nähere Beschreibung seit wann			

## Weitere medizinische Daten

Schwerbehinderungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Grad und Art der Behinderung			

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 Transplantationen und weitere Angaben			

Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ausweis befindet sich			

Röntgenpass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ausweis befindet sich			

Sonstiges			



## Klinische Behandlungen - stationär

Datum von / bis	Grund des klinischen Aufenthaltes (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

## Zahnärztliche Behandlungen

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

# Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht

## Patientenverfügung

Ich habe am ..... eine Patientenverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar	befindet sich bei folgender Person
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Notariell beurkundet	
Name, Anschrift	

## Vorsorgevollmacht

Ich habe am ..... eine Vorsorgevollmacht errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar	befindet sich bei folgender Person
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Notariell beurkundet	
Name, Anschrift	

## Betreuungsverfügung

Ich habe am ..... eine Betreuungsverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar	befindet sich bei folgender Person
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Notariell beurkundet	
Name, Anschrift	

# Bestattungsvorsorge

## Bestattungsvorsorge

Ich habe am ..... eine Bestattungsvorsorge errichtet.

Aufbewahrungsort	
Bestattungs- unternehmer	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
eingezahlter Betrag	
am:	
bei:	

## Andere Verfügungen nach meinem Tode:


# Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten angeben. (Notarzt und den Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Haustürnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Personen möglichst Zugang zum Krankenbett. Kleinere Möbel, wie Tische und Stühle wegräumen.
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung bereithalten.
- Versicherungskarte, Personalausweis, Geld (nur geringen Betrag).
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe.
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe.
- Bisher einzunehmende Medikamente mitgeben.
- Anschriften und Telefonnummer der nächsten Angehörigen
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- Ggf. Pflegedienst benachrichtigen





Diese Notfallmappe ist mit Unterstützung der Seniorenbeiräte Bad Segeberg und Norderstedt zustande gekommen. Die Unterlagen wurden freundlicherweise den Seniorenbeiräten Groß Kummerfeld und Rickling zur Verfügung gestellt und auf die Belange der Gemeinden angepasst.

Die Notfallmappe wurde von den Seniorenbeiräten Groß Kummerfeld und Rickling mit größter Sorgfalt erstellt. Für eventuelle Fehler können weder die Gemeinden Rickling und Groß Kummerfeld noch die Seniorenbeiräte verantwortlich oder haftbar gemacht werden.

Die Realisierung der Notfallmappe wurde Renate Schümann vom Seniorenbeirat Rickling übertragen.

Seniorenbeirat der Gemeinde Groß Kummerfeld  
Anke Pawlik (Vorsitzende)  
Tel.: 04393 751

