



CDU

NOTFALLMAPPE

von

(Name)

UNION DER GENERATIONEN

Gut für *jung*
& *alt*

Senioren
Union 

SENIOREN-UNION DER CDU IN NIEDERSACHSEN

Vorwort

„Denn wir kennen weder Tag noch Stunde...“



Jeder von uns kann ganz plötzlich durch Krankheit oder Unfall- auf Hilfe angewiesen sein. Mit der Notfallmappe, die sie in den Händen halten, möchte die Senioren-Union der CDU in Niedersachsen dazu beitragen, dass sie selbst und ihre Angehörigen auf einen solchen Notfall besser vorbereitet sind.

Auf den nachfolgenden Seiten finden sie wichtige Adressen und Telefonnummern für den Notfall.

Eingeheftet sind aber auch Vordrucke, auf denen sie z.B. regelmäßig erforderliche Medikamente, Allergien oder Versicherungsdaten eintragen können. Und schließlich auch Musterformulare für ihre persönlichen Verfügungen im Falle der Pflegebedürftigkeit oder des Ablebens.

Erneuern sie regelmäßig die Einträge und bewahren sie die Mappe leicht erreichbar auf. Bitte weisen sie ihre nächsten Angehörigen auf diese Notfallmappe hin.

Wir hoffen, dass ihnen diese Notfallmappe das gute Gefühl gibt, ein paar wichtige Dinge übersichtlich geregelt zu haben. Die Nutzung der Mappe liegt allerdings in ihrer eigenen Verantwortung.

Für eine Notfallmappe ist man nie zu jung!

Mit freundlichem Gruß

Rainer Hajek
Vorsitzender
Senioren-Union Niedersachsen

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|---------------|
| Vorwort | Seite 2 |
| Inhaltsverzeichnis..... | Seite 3 |
| Persönliche Daten | Seite 4 + 5 |
| Wichtige Telefonnummern..... | Seite 6 |
| Krankenversicherung | Seite 7 |
| Medizinische Daten | Seite 8 + 9 |
| Ausweise | Seite 10 |
| Medikamentenplan | Seite 11 |
| Ambulante Behandlung..... | Seite 12 |
| Stationäre Behandlung..... | Seite 13 |
| Zahnärztliche Behandlung..... | Seite 14 |
| Versicherungen | Seite 15 - 18 |
| Verträge, Mitgliedschaften, Finanzen | Seite 19 |
| Patientenverfügung..... | Seite 20 + 21 |
| Vollmacht mit Betreuungsverfügung | Seite 22 + 23 |
| Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung | Seite 24 |
| Todesfall | Seite 25 + 26 |
| Impressum | Seite 27 |

Persönliche Daten:

| | |
|--------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ Ort | |
| Telefonnummer | |
| Telefax | |
| Mobiltelefon | |
| E-Mail Adresse | |
| Konfession | |
| Kirchengemeinde | |

Im Notfall zu benachrichtigen:

| | |
|--------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ Ort | |
| Telefon | |
| Mobiltelefon | |
| Name | |
| Vorname | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ Ort | |
| Telefon | |
| Mobiltelefon | |

Im Notfall zu beachten:

Hausarzt:

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefon

Mobiltelefon

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefon

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefon

Apotheke:

Name und Anschrift der Apotheke

Telefonnummer

Telefax

Mein ambulanter Pflegedienst:

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Telefonnummer

Telefax

Krankenversicherung/en:

Gesetzliche Krankenkasse

Versicherungsnummer

Besonders wichtig - Versicherungskarte

Verwahrung der Versicherungskarte

Private Krankenversicherung/en / Krankenzusatzversicherung/en:

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Verwahrung der Unterlagen

Eventuell gesondertes Blatt beifügen/einkleben

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

Medizinische Daten - Gesundheitszustand

Blutgruppe

Gegenwärtige Krankheiten

Chronische Krankheiten

Diabetes Ja Nein

Ausweisverwahrung:

Insulin Ja Nein

Tabletten Ja Nein

Anfallsleiden Ja Nein

Allergien Ja Nein

Blutgerinnung (Marcumar)

Ja

Nein

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

Operationen

Behinderungen

Ausweise

Röntgenpass

Ja

Nein

Ausweisverwahrung:

Impfnachweis

Ja

Nein

Ausweisverwahrung:

Allergienachweis

Ja

Nein

Ausweisverwahrung:

Organspenderausweis

Zur Organspende bereit

Ja

Nein

Ausweisverwahrung:

Sonstige Ausweise/Unterlagen

Stationäre Behandlungen

| Datum von/bis | Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose) | Name/Anschrift des Krankenhauses |
|------------------|---|-------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Versicherungen:

Deutsche Rentenversicherung

Anschrift / Versicherungsnummer

Bescheid/e vom

Verwahrung des Rentenbescheids

Zusatzversicherung

Anschrift / Versicherungsnummer

Verwahrung der Unterlagen

Weitere Altersvorsorge/n
(Art, Anschrift, Versicherungsnummer, Verwahrung)

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde

Telefon

Personalnummer/Aktenzeichen

Verwahrung der Unterlagen

Sterbegeldversicherung

[Redacted]

Versicherungsgesellschaft

[Redacted]

Versicherungsnummer Versicherungssumme

[Redacted]

Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer

[Redacted]

Lebensversicherung/en

[Redacted]

Versicherungsgesellschaft

[Redacted]

Versicherungsnummer Versicherungssumme

[Redacted]

Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer

[Redacted]

Unfallversicherung/en

[Redacted]

Versicherungsgesellschaft

[Redacted]

Versicherungsnummer Versicherungssumme

[Redacted]

Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer

[Redacted]

Privathaftpflichtversicherung

[Redacted]
Versicherungsgesellschaft

[Redacted]
Versicherungsnummer

[Redacted]
Örtl. zust. Vertreter: Name, Anschrift, Telefonnummer

Hausratversicherung

[Redacted]
Versicherungsgesellschaft

[Redacted]
Versicherungsnummer

[Redacted]
Örtl. zust. Vertreter: Name, Anschrift, Telefonnummer

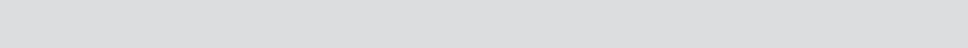
Feuerversicherung

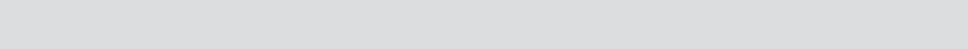
[Redacted]
Versicherungsgesellschaft

[Redacted]
Versicherungsnummer

[Redacted]
Örtl. zust. Vertreter: Name, Anschrift, Telefonnummer

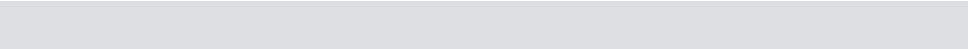
Kfz-Versicherung


Versicherungsgesellschaft


Versicherungsnummer


Örtl. zust. Vertreter: Name, Anschrift, Telefonnummer

Gebäudeversicherung

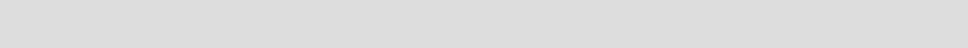

Versicherungsgesellschaft


Versicherungsnummer


Örtl. zust. Vertreter: Name, Anschrift, Telefonnummer

Weitere Versicherungen


Versicherungsgesellschaft


Versicherungsnummer


Örtl. zust. Vertreter: Name, Anschrift, Telefonnummer

Hinweise auf bestehende Verträge

Mietvertrag/ -verträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Rundfunk, Zeitung, Illustrierte, Fachzeitschrift usw.

Three horizontal grey bars for notes.

Mitgliedschaften

Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften usw.

Three horizontal grey bars for notes.

Finanzen

Girokonto/ -konten, Sparbuch/ -bücher, Sparkonto/ -konten, Sparvertrag/ -verträge, Bausparvertrag/ -verträge, Wertpapiere, sonstige Geldanlagen

Three horizontal grey bars for notes.

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich nicht in der Lage sein sollte, hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge und notwendiger medizinischer Maßnahmen einschließlich etwaiger Unterbringung selbst zu bestimmen, lege ich Folgendes fest:

- Wenn bei schwersten körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit, wahrscheinlich schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder wegen schwerster – nicht aufhebbarer – Schmerzzustände sowie fortschreitendem geistigem Verfall (irreversiblen Zustand) keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und weitgehend beschwerdefreien, bewussten und umweltbezogenen, würdigen Lebens mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr besteht, bestimme ich wie folgt:

Zu unterlassen sind:

- jede Art von Wiederbelebung und lebenserhaltenden Maßnahmen, schon eingeleitete sind abzubrechen.
- ärztliche Eingriffe, jede Art von Apparatedizin, Heilbehandlungen, Dialyse, Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.
- künstliche Beatmung, künstliche Ernährung (z. B. durch Magensonde oder Fistel), künstliche Flüssigkeitsabgabe.
- medikamentöse Behandlung und Überwachung von Herz und Kreislauf. Eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.
- jede Art von Zwangsbehandlung, Obduktion, Organentnahme.

Ich erwarte:

- die Anwendung der Palliativmedizin, vor allem schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen (wie z. B. Atemnot, unstillbarem Brechreiz und Erstickungsangst).
- Für diesen Fall und den o. a. Unterlassungen nehme ich eine mögliche Lebensverkürzung oder das sofortige Lebensende in Kauf.
- dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Pflegepersonal, Krankenhaus oder Heim ihre Pflichten erfüllen und mir trotz meiner Einwilligungsunfähigkeit eine angemessene Versorgung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst und ärztliche sowie pflegerische Maßnahmen der Grundpflege/ Leibhilfe eingehalten werden.
- dass mein Hausarzt informiert wird (Name siehe unten).
- Alle mich behandelnden Ärzte und das nicht-ärztliche Personal entbinde ich gegenüber der/dem in meiner Vorsorgevollmacht Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Sie sind verpflichtet, dieser bevollmächtigten Person jede Auskunft zu geben und Einsicht in die Krankenunterlagen zu gewähren.
- Die von mir bevollmächtigte Person ist befugt, meinen in dieser Patientenverfügung festgelegten Willen konsequent durchzusetzen (§ 1901a I, II BGB).

Zu keiner Zeit und in der akuten Situation darf mir eine Änderung meines hier festgelegten Willens unterstellt werden.

Ich behalte mir vor, die Vollmacht wie auch die Patientenverfügung jederzeit zu widerrufen. Sollte ich auf Grund meines Zustandes zum Widerruf außerstande sein, jedoch konkreter Anlass zur Annahme bestehen, dass diese Vollmacht missbraucht wird, so soll das Amtsgericht einen Kontrollbetreuer bestellen.

Der Tragweite meiner getroffenen Entscheidung bin ich mir bewusst und ich habe mich über die Folgen informiert.

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erteilt und unterzeichnet.

[Redacted]
Ort, Datum, Unterschrift des/ der Vollmachtgebers/ -geberin

[Redacted]
Ort, Datum, Unterschrift des/ der Bevollmächtigten

Zeuge: Hausarzt

Der Zeuge hat sich davon überzeugt, dass der/ die Vollmachtgeber/in dieser Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im Vollbesitz seiner/ ihrer geistigen Kräfte gelesen und verstanden hat. Es wird bestätigt, dass der/ die Vollmachtgeber/in die Unterschrift in meinem Beisein geleistet hat.

[Redacted]
Herr/ Frau Dr.

[Redacted]
Name, Vorname, Stellung

[Redacted]
Ort, Datum, Unterschrift des Zeugen

Im 1. Absatz der umseitigen Vollmacht erwähnte Umstände sind eingetreten und ärztlich festgestellt.

[Redacted]
Name, Vorname, Stellung

[Redacted]
Ort, Datum, Unterschrift

Vollmacht mit Betreuungsverfügung

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

erteile hiermit die Vollmacht an:

(Name, Vorname)

(des/ der Bevollmächtigten, Vertrauensperson)

(Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe.

Diese Vollmacht ist nur wirksam, solange der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes die Urkunden im Original vorlegen kann.

Gesundheitspflege/ Pflegebedürftigkeit

Ja

Nein

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nicht-ärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehender Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Ja

Nein

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Post- und Fernmeldeverkehr

Ja Nein

Sie darf für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Behörden

Ja Nein

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Vermögenssorge

Ja Nein

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtsbehandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen. Namentlich darf sie:
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.
 - die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung wahrnehmen.
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.
 - Verbindlichkeiten eingehen, insbesondere Darlehens- und sonstige Kreditverträge abschließen.
 - mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.
 - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

(Bitte beachten: Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte sowie Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

Wenn Sie über Eigentum verfügen, ist es angebracht, sich an einen Notar zu wenden.

Betreuungsverfügung

Ja Nein

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

(Ort, Datum) (Unterschrift des/ der Vollmachtgebers/ Vollmachtgeberin)

(Ort, Datum) (Unterschrift des/ der Vollmachtnehmers/ Vollmachtnehmerin)

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben (Notruf 112)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster/Hausnummerbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

Ergänzungen

Todesfall

Mein Testament ist hinterlegt bei

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt und an Wochenenden den Ärztlichen Sonntagsdienst wegen Ausstellung des Totenscheins benachrichtigen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:
 - Personalausweis oder Reisepass,
 - Totenschein,
 - Geburtsurkunde,
 - Heiratsurkunde,
 - ggf. Scheidungsurteil,
 - ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners,
 - Versicherungskarte, Versicherungspolizen: Lebens-, Sterbegeld-/ Unfallversicherung,
 - Post-/ Bankvollmachten über den Tod hinaus,
 - Mitteilung der letzten Rentenanpassung und
 - falls vorhanden Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag.
4. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
5. Termin für Beisetzung mit örtlicher Verwaltung, danach mit Pfarrer abklären.
6. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:
 - Abmeldung der/ des Verstorbenen bei der zuständigen Meldestelle.
 - ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen.
 - Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt.
 - Art der Bestattung abklären (Feuer-, Erd- oder Seebestattung), Friedhofswahl.
 - Benachrichtigung von Bekannten, Verwandten und Arbeitgeber.
 - Abmeldung von Zeitschriftenabonnements.
 - Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer von Abbuchungsverträgen, Versicherungen.
 - Haushaltssauflösung veranlassen.

7.) Am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalls bei dem Standesamt

Bitte mitnehmen:

- Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
- Leichenschauchein
- Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
- alle Rentenbescheide des/der Verstorbenen
- Krankenversicherungskarte

8.) Folgende Tätigkeiten können Sie auch einem Bestattungsunternehmen übertragen:

- Beantragung von Sterbegeldern und Beihilfen bei Krankenkassen, Versicherungen
- Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorschusszahlung aus laufender Rente
- Finanzierung der mit dem Tode zusammenhängenden Kosten
- Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
- Kopien von Sterbeurkundungen an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
- Rücksprache mit zuständigen Kreditinstituten wegen zukünftiger Kontenführung
- Kündigung laufender Verträge und evtl. Kündigung laufender Abbuchungsverträge
- Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
- Evtl. Danksagung bei der Tageszeitung aufgeben

Nachlassangelegenheiten

- Ungefähr 14 Tage nach der Beisetzung erhalten Sie ein Schreiben, dass die Sterbefallanzeige bei dem Ortsgericht im Rathaus aufzunehmen ist.
- Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.
- Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Notizen

Four horizontal grey bars for taking notes.

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und die ggf. beiliegenden Kopien im Notfall dem behandelnden Arzt oder dem Krankenhaus übergeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in oder Bevollmächtigte/r)

Impressum

Herausgeber:

Senioren-Union der CDU in Niedersachsen
Hindenburgstraße 30
30175 Hannover

August 2011

Gestaltung:

Rainer Hajek

Layout:

Johann Broers
Medien Laib
Verlag & Redaktion
Nelkenstraße 1, 26676 Barßel/Elisabethfehn
Telefon 04499 - 926166

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit Genehmigung der Senioren-Union Niedersachsen.

"Die Senioren-Union der CDU in Niedersachsen übernimmt keinerlei Haftung für die Verwendung der Notfallmappe".



CDU

SENIOREN-UNION DER CDU IN NIEDERSACHSEN

Wilfried-Hasselmann-Haus

Hindenburgstraße 30

30175 Hannover

Telefon: (0511) 2 79 91 - 53

Telefax: (0511) 2 79 91 - 51

E-Mail: seniorenunion@cdu-niedersachsen.de

www.seniorenunion-niedersachsen.de

Vorsitzender Rainer Hajek

Am Brunskamp 3

26345 Bockhorn

Telefon: (04452) 12 09

Telefax: (04452) 3 14 98 42

Mobil: 0 15 22 – 5 01 69 20

E-Mail: hajek@cdunet.de

**Senioren
Union**



CDU