



Notfallmappe

für



Wir engagieren uns für unsere Heimat!


Wir engagieren uns – für Sie!

 Stiftung der
**Kreissparkasse
Mühlendorf a. Inn**

Ob Stadt, ob Land, Ihre Sparkasse ist mit dabei, wenn es darum geht die Lebensqualität dort zu sichern, wo die Menschen leben und arbeiten. Durch die Unterstützung von Freizeiteinrichtungen, mit der Förderung sozialer Projekte, durch Engagement für Umweltschutz, Sport und Kultur.

MEHR MENSCH. MEHR LEISTUNG. MEHR WERT.
Sparkasse Altötting-Mühlendorf.

www.spk-aoe-mue.de

 **Sparkasse
Altötting-Mühlendorf**



Grußwort des Landrats im Landkreis Mühldorf a. Inn

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wie schnell kann jedem von uns etwas zustoßen? Ein unbedachter Schritt, ein Unfall oder eine plötzliche Krankheit können uns und unseren Alltag schnell aus dem Tritt bringen. Wenn so ein Notfall eintritt, dann zählt oft jede Sekunde. Notfallnummern müssen gleich zur Hand sein, Informationen über Vorerkrankungen oder die entsprechende Versicherung sollten immer griffbereit sein.

Die Koordinationsstelle für Seniorenarbeit hat im Rahmen der Umsetzung des Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts die vorliegende Notfallmappe zusammengestellt. Hier können alle wichtigen Nummern und Informationen – von Bankverbindungen über Benachrichtigungsnummer im Notfall bis hin zur eigenen Krankheitsgeschichte – eingetragen werden. Damit hat nicht nur der Verunfallte selbst schnell alles griffbereit, auch die Angehörigen und Freunde sind so besser auf einen Notfall vorbereitet.

Sollten Sie zusätzliche Exemplare der Notfallmappe benötigen oder sonstige Informationen rund um die Seniorenarbeit im Landkreis Mühldorf a. Inn wünschen, können Sie sich gerne an Frau Maria Pfeilstetter von der Koordinationsstelle für Seniorenarbeit, Telefon 08631/699-475 oder per E-Mail an maria.pfeilstetter@lra-mue.de wenden.

Ich hoffe, dass Sie und Ihre Angehörigen diese Notfallmappe nicht benötigen, Sie Ihnen aber im Ernstfall eine gute Hilfe ist.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Huber', written over a faint printed name.

Georg Huber
Landrat



Persönliche Daten

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer Handy

E-Mail-Adresse Telefax

Konfession

Familienstand Ehegatte: Name, Vorname

Weitere Anmerkungen



Im Notfall zu benachrichtigen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handy

E-Mail-Adresse

Telefax

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handy

E-Mail-Adresse

Telefax

Im Notfall zu beachten

(Wer hat für meine Wohnung, sonstige Räume einen Schlüssel?)



Wichtige Rufnummern

Polizei **110**

Feuerwehr **112**

Rettungsdienst/Ärztlicher Notfalldienst **112**

Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern 01805 191212

Polizeiinspektion/Kriminalpolizeistation Mühldorf a. Inn 08631 3673-0

Polizeiinspektion Waldkraiburg 08638 9447-0

Polizeistation Haag i. OB 08072 9182-0

Klinik Mühldorf a. Inn 08631/613-0

Klinik Haag i. OB 08072/378-0

Pfarramt _____

EC-Kartensperrung _____

Stadt-/ Gemeindeverwaltung _____

Ambulanter Pflegedienst _____

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!



Hausarzt

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Andere Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefonnummer

Zahnarzt

Name und Anschrift der Praxis

Telefonnummer

Apotheke

Name und Anschrift der Apotheke

Telefonnummer

Ambulanter Pflegedienst

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Telefonnummer



Schwerbehinderung

Ja Grad der Behinderung: _____ Gültig bis: _____

Nein

Allergien (auch auf Medikamente)

Ja: _____

Nein

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

Ja: _____

Nein

Impfungen

Ja: _____

Nein

Medikamente

Name des Medikaments

Einnahmezeit

Name des Medikaments

Einnahmezeit

Name des Medikaments

Einnahmezeit

Name des Medikaments

Einnahmezeit

Blutgruppe: _____

Organspendeausweis:

Ja

Nein



Versicherungen

Krankenversicherung

Name der Krankenkasse

Anschrift

Telefonnummer

Nr. der Versichertenkarte

Pflegeversicherung

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Lebensversicherung

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

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 /Versorgung

Altersrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer _____

Hinterbliebenenrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Betriebsrente/Zusatzrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Private Rentenversicherung:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Sonstige Renten:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____



Finanzen

Girokonten

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Kontonummer

Bankleitzahl

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:

Weitere Konten

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Kontonummer

Bankleitzahl

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Kontonummer

Bankleitzahl

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:



Steuernummer/Steuer-Identifikationsnummer

Zuständiges Finanzamt : _____

Steueridentifikationsnummer: _____

Bankvollmacht (Für folgende Konten besteht eine Bankvollmacht)

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Kontonummer

Bankleitzahl

Name des Bevollmächtigten

Bankschließfach

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Schließfachnummer

Bankleitzahl

Wertpapiere, Aktien, sonstige Vermögensgegenstände

Bausparvertrag

Bausparkasse (Name und Anschrift)

Bausparnummer



Verbindlichkeiten

Darlehensgeber (Name und Anschrift)

Betrag

Darlehensgeber (Name und Anschrift)

Betrag

Grund- und Immobilieneigentum

Art

Anschrift

Flur-Nr./Gemarkung

Arbeitgeber

Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Telefonnummer

Nebenberuf/Nebenbeschäftigung

Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Telefonnummer

Fahrzeug

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)

Hersteller, Typ

amtliches Kennzeichen



Bestehende Verträge

(z. B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Kabel, usw.)

Vertragsgegenstand

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefonnummer

Vertragsgegenstand

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefonnummer

Vertragsgegenstand

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefonnummer

Vertragsgegenstand

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Telefonnummer



Bestehende Abonnements

(z. B. Zeitung, Zeitschriften, usw.)

Abonnement für (Name und Anschrift)

Abonnement für (Name und Anschrift)

Abonnement für (Name und Anschrift)

Abonnement für (Name und Anschrift)

Mitgliedschaften

Mitglied bei (Name und Anschrift)

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

Mitglied bei (Name und Anschrift)

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

Mitglied bei (Name und Anschrift)

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

Mitglied bei (Name und Anschrift)

Ansprechpartner (Name und Anschrift)



Sonstige wichtige Nummern

Nachlassangelegenheiten

Mein Testament ist hinterlegt beim Amtsgericht / ist aufbewahrt bei:

Anschrift

Stammbuch

Unterlagen befinden sich:



Was muss ich bei einer Krankenhauseinweisung mitnehmen:

- Krankenhauseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld
- Toilettenartikel
- Brille, Hörgerät, Gehhilfe, etc.
- Nachtwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan / Vorbefunde
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel
- _____
- _____
- _____

Außerdem wichtig:

- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen
- _____
- _____
- _____



Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Durch Unfall, Krankheit und Alter kann es passieren, dass wichtige Angelegenheiten des täglichen Lebens nicht mehr selbstverantwortlich geregelt werden können. Auch kann in gesundheitlicher Hinsicht eine Situation eintreten, die schwierige Entscheidungen abverlangt.

Aus diesem Grund sollte man sich auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für einen treffen soll, wenn man selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr dazu in der Lage ist. Auch die Entscheidung, ob bei einer unheilbaren Erkrankung und bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlichen Selbstständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen getroffen werden sollen oder nicht.

Eine Möglichkeit hierzu bietet eine Vorsorgevollmacht bzw. die Patientenverfügung.

Mit der Vorsorgevollmacht geben Sie einer vertrauenswürdigen Person die Möglichkeit, in ihrem Namen zu handeln, Entscheidungen zu treffen und zu unterschreiben. Die Vorsorgevollmacht kann dazu dienen, ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich zu machen.

Mit der Patientenverfügung formulieren Sie vorsorglich ihren Willen für kritische Krankheitssituationen, in denen Sie nicht mehr in der Lage sind, in eine ärztliche Behandlung einzuwilligen oder eine ärztliche Maßnahme abzulehnen. Kann sich ein Patient nicht mehr äußern, ist dessen mutmaßlicher Wille ausschlaggebend. Die Patientenverfügung dient dazu, ihren Willen für bestimmte Situationen zu dokumentieren.

Nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht erhalten Sie in der **Betreuungsstelle beim Landratsamt Mühldorf a. Inn (Tel.:08631 699-0), sowie bei Notaren und Rechtsanwälten.**

Unterlagen befinden sich:



Eigene Notizen

Allgemeine Beratung zur häuslichen Pflege:
Landratsamt Mühldorf a. Inn Frau Johanna Wulff Tel: 08631/699-348

Allgemeine Beratung bezüglich einer Heimaufnahme:
Landratsamt Mühldorf a. Inn Frau Renate Reisinger Tel: 08631/699-362

Fragen zur gesetzlichen Rentenversicherung:
Landratsamt Mühldorf a. Inn Frau Sternegger Tel: 08631/699-343



Eigene Notizen



(stehend: Renate Reisinger; sitzend: Maria Pfeilstetter)

Herausgeber:

Landratsamt Mühldorf a. Inn

Ansprechpartner:

Maria Pfeilstetter

Fachbereich Soziales und Senioren
- Kooperationsstelle für Seniorenarbeit –

Postanschrift:

Töginger Str. 18
84453 Mühldorf a. Inn
Telefon: 08631/699-475
Fax: 08631/699-15475
E-Mail: maria.pfeilstetter@lra-mue.de
Internet: www.lra-mue.de

Renate Reisinger

Fachbereich Soziales und Senioren
- Senioren- und Behindertenbeauftragte -

Postanschrift:

Töginger Str. 18
84453 Mühldorf a. Inn
Telefon: 08631/699-362
Fax: 08631/699-15362
E-Mail: renate.reisinger@lra-mue.de
Internet: www.lra-mue.de