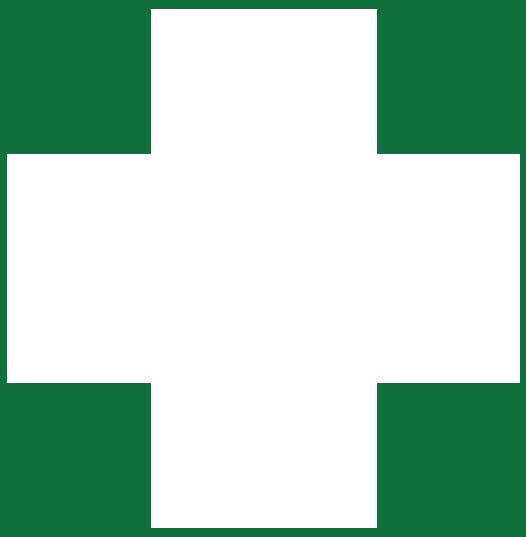
Auf dem richtigen Weg.
Auch bei der Vorsorge.

GEMEINDESCHWESTER plus

Landkreis Südliche Weinstraße

Notfallmappe 2026



www.suedliche-weinstrasse.de

Inhaltsverzeichnis

A Notfallmappe

Inhaltsverzeichnis der Notfallmappe 2

A1 Persönliche Daten

1.1 Private Informationen 4
1.2 Im Notfall benachrichtigen 5
1.3 Weitere Informationen über mich haben 6
1.4 Sozialversicherungen 7

A2 Medizinische Daten/Ärztliche Versorgung 9

2.1 Medizinische Informationen 10
2.2 Behandelnde Ärztinnen und Ärzte 12
2.3 Medikamentenplan 14
2.4 Arzt- und Entlassungsberichte 15

A1

Persönliche Daten

A1 Persönliche Daten

1.1 Private Informationen

..... Name	..... Vorname
..... Geburtsdatum	..... Geburtsort
..... Straße, Hausnummer	..... PLZ, Wohnort
..... Telefon Festnetz	..... Telefon Mobil
..... E-Mail	..... Wohnungsschlüssel hinterlegt bei
..... Krankenversicherung	..... Krankenversicherungsnummer

Notfalldose vorhanden? ja ☐ nein ☐

Wo steht diese?

1.2 Im Notfall benachrichtigen

1. Angehörige, Freunde/Bekannte, Nachbarn, Bevollmächtigte (Zutreffendes unterstreichen)

....
Name Vorname

....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefon/Handy

Bevollmächtigte/r ja ☐ nein ☐
Haus- oder Wohnungsschlüssel ja ☐ nein ☐

2. Angehörige, Freunde/Bekannte, Nachbarn, Bevollmächtigte (Zutreffendes unterstreichen)

....
Name Vorname

....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefon/Handy

Bevollmächtigte/r ja ☐ nein ☐
Haus- oder Wohnungsschlüssel ja ☐ nein ☐

3. Angehörige, Freunde/Bekannte, Nachbarn, Bevollmächtigte (Zutreffendes unterstreichen)

....
Name Vorname

....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefon/Handy

Bevollmächtigte/r ja ☐ nein ☐
Haus- oder Wohnungsschlüssel ja ☐ nein ☐

Gibt es ein Haustier, das versorgt werden muss? Ja ☐ nein ☐

Weitere Informationen über mich haben

1. Pflegestützpunkt

.....
Name des Pflegestützpunkts

....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefon/Handy

2. Pflegedienst

.....
Name des Pflegediensts

....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefon/Handy

3. Informieren Sie bitte folgende Stellen (zum Beispiel Dialyse, Tagesstätte und so weiter)

....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefon/Handy

Sozialversicherungen

Krankenkasse/Pflegekasse

..... privat ☐ gesetzlich ☐
Name der Versicherung

....
Sitz Telefonnummer

.....
Versichertennummer

.....
Versichertenkarte ist hinterlegt bei oder in diesem Ordner abgeheftet (Zutreffendes unterstreichen)

Zusatzversicherung (zum Beispiel Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung)

.....

.....

Beihilfeberechtigung

....
Name der Beihilfestelle Sitz

....
Telefonnummer Beihilfenummer

Pflegegrad (bitte ankreuzen)

☐1

☐2

☐3

☐4

☐5

.....
Leistungsbescheid ist in diesem Ordner abgeheftet

A2

Medizinische Daten/ Ärztliche Versorgung

2.1 Medizinische Daten

2.2 Ärztliche Versorgung

A 2 Medizinische Daten/Ärztliche Versorgung

Wichtiger Hinweis:

Bitte achten Sie darauf, Ihre medizinischen Daten auch in der Notfalldose zu hinterlegen, die Sie von der Fachkraft Gemeindeschwester^{plus} oder in Ihrer Verbandsgemeinde erhalten. So können die Rettungsdienste auf kurzem Wege an wichtige, lebensrettende Informationen gelangen.



2.1 Medizinische Informationen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bitte eine Kopie des aktuellen Medikamentenplans beifügen.

Leiden Sie an Diabetes? ja ☐ nein ☐

Insulinpflichtig? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wo liegt Ihr aktueller Insulinplan? .....

Nehmen Sie Blutverdünner ein und wenn ja, welchen? ja ☐ nein ☐

.....

.....

Sind bei Ihnen Anfallsleiden/Epilepsie bekannt? ja ☐ nein ☐

Haben Sie Fremdkörper wie zum Beispiel Herzschrittmacher, künstliche Gelenke und so weiter in Ihrem Körper?

.....

.....

.....

Kennen Sie Ihre Blutgruppe? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche Blutgruppe haben Sie?

.....

Blutspende-Ausweis vorhanden? ja ☐ nein ☐

.....

Blutspenderausweis-Kopie ist in diesem Ordner abgeheftet

Organspende/Nichtorganspende

Organspende-/Nichtorganspende-Ausweis vorhanden ja ☐ nein ☐

.....

Eine Kopie des Organspende-/ Nichtorganspende-Ausweis bitte in diesem Ordner abheften.

Nachweis von Impfungen

Impfpass vorhanden ja ☐ nein ☐

.....

Eine Impfpass-Kopie ist in diesem Ordner abgeheftet.

Allergien und Unverträglichkeiten (auch Medikamente)

.....

.....

.....

Chronische Krankheiten

.....

.....

.....

2.2 Behandelnde Ärztinnen und Ärzte

1. Hausarzt/Hausärztin

.....
Name des Arztes/der Ärztin

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ / Ort

.....
Telefon / Handy

2. Fachärztliche Praxen

.....
Name des Arztes/der Ärztin

.....
Fachrichtung

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

.....
Name des Arztes/der Ärztin

.....
Fachrichtung

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

.....
Name des Arztes/der Ärztin

.....
Fachrichtung

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

.....
Name des Arztes/der Ärztin

.....
Fachrichtung

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

Weitere wichtige Adressen:

.....
Name

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

.....
Name

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

.....
Name

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

2.3 Medikamentenplan

(Bitte hier abheften und auf Aktualität achten!)

2.4 Arzt- und Entlassungsberichte

(Bitte hier abheften und auf Aktualität achten!)