

Auf dem richtigen Weg.
Auch bei der Vorsorge.

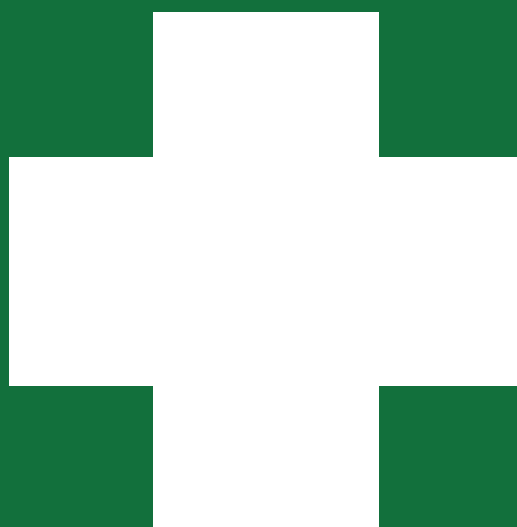


GEMEINDE SCHWESTER ^{plus}



Landkreis Südliche Weinstraße

Notfallmappe 2026



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

.....
Name der Versicherung

privat ☐

gesetzlich ☐

.....
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

.....
Name des Arztes/der Ärztin

.....
Fachrichtung

.....
Fachrichtung

.....
Straße, Hausnummer

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

.....
Telefon/Handy

.....
Name des Arztes/der Ärztin

.....
Name des Arztes/der Ärztin

.....
Fachrichtung

.....
Fachrichtung

.....
Straße, Hausnummer

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon/Handy

.....
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!)

