



# Notfallmappe

für

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Herausgeber:  
Landratsamt Cham  
Senioren-Kontaktstelle: 09971 78-291

Postanschrift: Postfach 1432, 93404 Cham  
Hausanschrift: Rachelstraße 6, 93413 Cham  
Telefon: 09971 780, Fax 09971 78-399  
Internet: [www.landkreis-cham.de](http://www.landkreis-cham.de)

Druck:  
Premm Druckerei, Roding



## Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

jeder von uns kann durch Unfall, Krankheit und Alter auf Hilfe angewiesen sein.

Die Seniorenkontaktstelle im Landratsamt Cham hat deshalb für Sie eine „Notfallmappe“ erstellt. Diese soll dazu beitragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörigen auf einen Notfall besser vorbereitet sind. Denn gut vorgesorgt zu haben, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen.

Machen Sie deshalb von diesem Angebot Gebrauch und weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf diese Möglichkeit der Vorsorge hin.

Ergänzen bzw. aktualisieren Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie die Mappe leicht erreichbar auf.

Ich hoffe, diese Notfallmappe gibt Ihnen das gute Gefühl, ein paar wichtige Dinge besser geregelt zu haben, und ich wünsche Ihnen, dass Ihre persönliche Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommt.

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Franz Löffler'. The signature is stylized and cursive.

Franz Löffler  
Landrat  
Bezirkstagspräsident

# Persönliche Daten

.....  
Name Vorname/n

.....  
Geburtsdatum Geburtsort

.....  
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....  
Telefonnummer Handy

.....  
E-Mail-Adresse Telefax

.....  
Konfession Kirchengemeinde

.....  
Familienstand Ehegatte: Name, Vorname/n

## Raum für weitere Anmerkungen

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Im Notfall zu benachrichtigen

.....  
Name Vorname/n

.....  
Geburtsdatum Geburtsort

.....  
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....  
Telefonnummer Handy

.....  
E-Mail-Adresse Telefax

.....  
Name Vorname/n

.....  
Geburtsdatum Geburtsort

.....  
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: .....

.....

.....

.....



# Hausarzt/Hausärztin

.....  
Name der Praxis

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefonnummer

Mein **aktueller Medikamentenplan** befindet sich:

.....

## Allergien

Ja

Nein

Allergiepass vorhanden?

Ja, Allergiepass befindet sich:

Nein

.....

Allergie gegen: .....

## Anfallsleiden

Ja

Nein

Nähere Beschreibung: .....

## Implantate

Ja

.....

Art des Implantats (z. B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.):

Nein

## Andere Ärzte/innen, bei denen ich in Behandlung bin

.....  
Name und Anschrift der Praxis

.....  
Fachrichtung

.....  
Telefonnummer

.....  
Name und Anschrift der Praxis

.....  
Fachrichtung

.....  
Telefonnummer

## Apotheke

.....  
Name und Ort der Apotheke

.....  
Telefonnummer

.....  
Telefax

## Zahnarzt/Zahnärztin

.....  
Name der Praxis

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefonnummer

## Ambulanter Pflegedienst

.....  
Name und Anschrift des Pflegedienstes

.....  
Telefonnummer

.....  
Telefax

## Schwerbehinderung

Ja Grad der Behinderung: .....

Nein



# Krankenversicherung/en

## Gesetzliche Krankenkasse

.....  
Name der Krankenkasse

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer

.....  
Nr. der Versichertenkarte

.....  
Versichertenkarte befindet sich

## Private Krankenversicherung/Krankenzusatzversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Private Pflegeversicherung/Pflegezusatzversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

# Weitere Versicherungen

## Lebensversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Unfallversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Sterbegeldversicherung/Gruppensterbegeldversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Privathaftpflichtversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Hausratversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Brandversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Gebäudeversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Privatrechtsschutzversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Verkehrsrechtsschutzversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Kraftfahrzeugversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
versichertes Fahrzeug

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
versichertes Fahrzeug

## Insassenunfallversicherung

.....  
**Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## Fahrzeug

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

.....  
Hersteller, Typ

.....  
amtliches Kennzeichen

.....  
Unterlagen befinden sich

## Rente/Versorgung

### Altersrente:

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

### Witwen-/Witwerrente:

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

### Rente aus der landwirtschaftlichen Alterskasse

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

### Betriebsrente/Zusatzrente:

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

### Private Rentenversicherung und Riesterrente:

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

## Beamtenversorgung

.....  
Pensionsfestsetzende Behörde

.....  
Telefonnummer

.....  
Personalnummer/Aktenzeichen

.....  
Unterlagen befinden sich

### Sonstige Renten (Knappschaft, Bundesversorgungsgesetz, Seekasse ect.)

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

# Erwerbstätigkeit

## als Arbeitnehmer/in

.....  
Arbeitgeber/in (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

## als Selbständige/r (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft)

.....  
Art der Selbständigkeit

.....  
Anschrift der Firma

.....  
zuständiges Finanzamt

## Nebenberuf/Nebenbeschäftigung

.....  
Beschreibung der Tätigkeit:

.....  
Arbeitgeber/in: (Name und Anschrift)

## Steuernummer/Steuer-Identifikationsnummer

Zuständiges Finanzamt:

Steuernummer:

.....  
Steuer-Identifikationsnummer: .....

Weitere Angaben: .....

.....

.....

# Finanzen

## Girokonten

.....  
**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

.....  
IBAN

.....  
BIC

## Weitere Sparkonten

.....  
**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Art des Kontos

.....  
Sparbuch befindet sich

.....  
**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Art des Kontos

.....  
Sparbuch befindet sich

.....  
**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Art des Kontos

.....  
Sparbuch befindet sich

# Bankvollmacht

Ich habe für folgende Konten Vollmacht über den Tod hinaus ausgestellt:

.....  
**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

IBAN

.....  
BIC

Vollmacht ausgestellt für

.....  
**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

IBAN

.....  
BIC

Vollmacht ausgestellt für

# Bankschließfach

.....  
**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

Schließfachnummer

# Bausparverträge

.....  
**Bausparkasse** (Name und Anschrift)

Bausparnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Bausparkasse** (Name und Anschrift)

Bausparnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

# Verbindlichkeiten

.....  
**Darlehensgeber** (Name und Anschrift)

.....  
Betrag

.....  
Unterlagen befinden sich



# Grund- und Immobilieneigentum

.....  
**Art des Grundbesitzes** (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. **Art der Immobilie** (z. B. Wohnhaus, Garage)

.....  
Anschrift

.....  
Flur-Nr./Gemarkung

.....  
zuständiges Grundbuchamt

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Art des Grundbesitzes** (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. **Art der Immobilie** (z. B. Wohnhaus, Garage)

.....  
Anschrift

.....  
Flur-Nr./Gemarkung

.....  
zuständiges Grundbuchamt

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Art des Grundbesitzes** (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. **Art der Immobilie** (z. B. Wohnhaus, Garage)

.....  
Anschrift

.....  
Flur-Nr./Gemarkung

.....  
zuständiges Grundbuchamt

.....  
Unterlagen befinden sich

# Bestehende Verträge

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

.....  
**Vertragsgegenstand**

.....  
**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Vertragsgegenstand**

.....  
**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Vertragsgegenstand**

.....  
**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Vertragsgegenstand**

.....  
**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Vertragsgegenstand**

.....  
**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Unterlagen befinden sich

# Bestehende Abonnements

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

.....  
**Abonnement für**

.....  
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Abonnement für**

.....  
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Abonnement für**

.....  
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Abonnement für**

.....  
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....  
Unterlagen befinden sich

.....  
**Abonnement für**

.....  
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....  
Unterlagen befinden sich

# Mitgliedschaften

in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs ...

.....  
**Mitglied bei**

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

.....  
**Mitglied bei**

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

.....  
**Mitglied bei**

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

.....  
**Mitglied bei**

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

.....  
**Mitglied bei**

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

.....  
**Mitglied bei**

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

.....  
**Mitglied bei**

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

# Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben (Notarzt/-ärztin und Rettungsdienst 112)
- bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Tische und Stühle wegräumen)
- eventuell ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung bereithalten
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

# Checkliste

## "Erste Schritte bei Eintritt eines Todesfalls"

Diese Checkliste soll Ihnen einen Überblick bieten, was im Falle des Todes eines/einer Angehörigen zu erledigen ist.

1. Todesfall zu Hause: (Haus-)Arzt/Ärztin benachrichtigen, der/die den Totenschein ausstellt

2. Egal, ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht:

### **Folgende Unterlagen des/der Verstorbenen sind unverzichtbar:**

- Personalausweis und/oder Reisepass
- Totenschein
- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde
- ggf. Scheidungsurteil
- ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
- Versichertenkarte, Versicherungspolice: Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherung
- Post-/Bankvollmacht über den Tod hinaus
- aktuelle Rentenmitteilungen
- falls vorhanden: Bestattungsvorsorgevertrag

3. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:

- ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
- Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
- Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde
- Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber/in usw.
- Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften etc.)
- Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen
- ggf. Haushaltsauflösung veranlassen

4. Zu organisieren sind:

- Friedhofswahl
- Überführung des Leichnams
- Art der Bestattung
- Trauerfeier
- Beantragung von Sterbegeldern bei privaten Versicherungen
- nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
- Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

# Nachlassangelegenheiten

Mein Testament ist hinterlegt beim Amtsgericht:

.....

Anschrift des Amtsgerichtes

Mein Testament wird zu Hause aufbewahrt. Es befindet sich:

.....

Ein zu Hause hinterlegtes Testament ist nach dem Tod ebenfalls beim zuständigen Amtsgericht abzugeben. Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, falls dieser benötigt wird.

## Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Vorsorgevollmacht

Unfall, Krankheit und Alter können dazu führen, dass wichtige Angelegenheiten des täglichen Lebens nicht mehr selbstverantwortlich geregelt werden können.

Deshalb ist eine frühzeitige Vorsorge für alle Altersgruppen wichtig durch Errichtung

- einer Vorsorgevollmacht
- einer Betreuungsverfügung
- einer Patientenverfügung

Durch **Vorsorgevollmacht** kann der/die Betroffene eine oder mehrere Personen des Vertrauens bestimmen, die seine/ihre Angelegenheiten regeln. Damit kann die Notwendigkeit der Errichtung einer gesetzlichen Betreuung wegfallen.

Voraussetzung hierfür ist:

- Der/die Vollmachtgeber/in ist **geschäftsfähig** und kann eine rechtsverbindliche Vorsorgevollmacht erteilen.
- Der/die Bevollmächtigte ist **bereit und geeignet**, die ihm/ihr übertragenen Aufgaben im Sinne des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin auszuüben.
- Zur bevollmächtigten Person besteht ein entsprechendes **Vertrauensverhältnis**.

Notwendige Informationen, Vordrucke und persönliche Beratung erhalten Sie bei der **Betreuungsstelle beim Landratsamt Cham (Tel.: 09971 78-292 und 78-539)**.

Bei der Betreuungsstelle können Sie zudem **Ihre Unterschrift**, Ihr Handzeichen unter Ihrer Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung **öffentlich beglaubigen** lassen. Beratung erhalten Sie auch bei Notaren und Rechtsanwälten.

<https://www.landkreis-cham.de/gesundheits-soziales/soziale-angelegenheiten/betreuungsstelle/>

Für mich besteht/bestehen bereits eine bzw. mehrere Vorsorgevollmacht/en.  
Ich habe folgende Person/Personen bevollmächtigt:

.....

.....

.....

Die Vorsorgevollmacht/en befindet/befinden sich:

.....

.....



# Patientenverfügung

Besonders in der letzten Lebensphase kann jede/r in gesundheitlicher Hinsicht in eine Situation kommen, die Anderen schwierige Entscheidungen abverlangt.

Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlung, künstliche Ernährung oder Ähnliches begonnen bzw. fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf eine Besserung des Gesundheitszustandes besteht?

Dies sind schwierige Fragen, über die man sich vorausschauend und abwägend eine Meinung bilden sollte. Wer sich dem nicht stellt, sollte wissen, dass im Ernstfall Andere für sie/ihn entscheiden und hierbei mühsam versuchen müssen, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln.

Um sicher zu sein, dass Ihre Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer Patientenverfügung. Darin kann individuell festgelegt werden, **wie** Sie in konkreten Krankheitssituationen behandelt werden möchten oder welche medizinischen Maßnahmen Sie ablehnen.

Es ist vorteilhaft, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt/einer Ärztin zu besprechen.

Nähere Hinweise und Formulierungsvorschläge zur Patientenverfügung finden Sie in der Informationsbroschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ (Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-78218-3) und im Internet unter [www.justiz.bayern.de/](http://www.justiz.bayern.de/).

Das Formular Patientenverfügung finden Sie auch unter folgendem Link:  
<https://www.landkreis-cham.de/gesundheits-soziales/soziale-angelegenheiten/betreuungsstelle/>

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung. Sie befindet sich: .....

.....

.....

# Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

## Meine Vorlieben und Unverträglichkeiten:

Tragen Sie hier ein, was Sie gerne essen und trinken, wie Sie am besten schlafen können oder was Ihnen sonst wichtig ist (falls Sie Ihre Wünsche später einmal nicht mehr äußern können).

Zum Beispiel: Ich vertrage keinen Orangensaft, kein Sauerkraut usw. Ich kann nur auf der rechten Seite einschlafen. Ich möchte nicht, dass den ganzen Tag der Fernseher oder das Radio läuft.

.....

.....

.....

.....

.....

## Notfall-Karte

Eine Notfall-Karte sollten Sie immer bei sich tragen, eine zweite befestigen Sie bitte direkt neben Ihrem Telefon



Name, Vorname _____	Besondere Medikamente: <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> _____
Geburtsdatum: _____	Allergien/ Unverträglichkeiten: _____
Straße: _____	Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
PLZ, Wohnort: _____	Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer (Name und Tel. Nr.) _____
Zu benachrichtigende Person (Name und Tel. Nr.) _____	
Hausarzt (Name und Tel. Nr.) _____	



*Wer klug ist, baut vor!*