



# Meine Notfallmappe

# Wichtige Telefonnummern

## Mein Hausarzt

.....  
Name Tel.Nr.

**Polizei** **110**

**Feuerwehr** **112**

**Rettungsnotdienst** **112**

**Notarztzentrale Diako-/Stiftungskrankenhaus**  
**22-1401**

**Krankentransport** **19222**

**Giftnotrufzentrale** **06131-19240**  
**oder** **06131-232466**

**Bei Lebensgefahr bitte direkt den Notarzt über  
die Rettungsleitstelle anrufen:**

**aus dem Festnetz** **112,**  
**Mobil** **Vorwahl +112**

**Zahnärztlicher Notfalldienst** **0180-5040308**

**Augenärztlicher Notfalldienst** **01805-112060**

# Notfallmappe, Impressum



Der Seniorenbeirat der Stadt Speyer hat diese Notfallmappe erstellt und freut sich, wenn die Mappe Anklang findet und rege eingesetzt wird.

Nähere Informationen über die Arbeit des Seniorenbeirates können Sie im Internet unter der Adresse: [www.Speyer.de](http://www.Speyer.de) oder über das Seniorenbüro der Stadt erfahren. Außerdem liegt bei den Bürgerbüros ein Faltblatt aus, das über die Aktivitäten des Beirates informiert.

**Druck:** Stadt Speyer, März 2015

**Layout:** Seniorenbeirat, **Auflage:** 500

## Vorwort

### „Mitten im Leben sind wir mit dem Tod umfängen“

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

dem oben angeführten Satz aus einem alten Kirchenlied stimmen Sie sicher vorbehaltlos zu.

Es muss aber nicht immer ein tödliches Ereignis sein, was uns plötzlich trifft, es können jederzeit Notsituationen eintreten, bei denen wir schnell auf wichtige Informationen zurückgreifen müssen.

Die vorliegende Notfallmappe möchte Ihnen dabei eine Hilfe sein.

Sie enthält wichtige Telefonnummern und von Ihnen auszufüllende persönliche Daten, die im Notfall, etwa bei einer Krankenhauseinweisung, schnell greifbar sind.

Sie können die Mappe durch Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung ergänzen und wichtige Notizen eintragen.

**Die Seiten 5 – 11 sind besonders wichtig. Sie enthalten Informationen, die Sie im Notfall dem Notarzt oder bei der Krankenhauseinweisung vorlegen können. Von diesen Seiten sollten Sie sich Kopien anfertigen.**

In die übrigen Seiten können Sie persönliche Angaben eintragen, die für eine eventuell notwendige Betreuung wichtig sind. Ob Sie diese Seiten ausfüllen, entscheiden sie selbst.

Sie sollten die Mappe viertel- oder halbjährlich aktualisieren, wenn sich z. B. die Medikamente oder andere Angaben ändern.

Der Seniorenbeirat hofft, dass das Angebot von vielen Mitbürgerinnen und Mitbürgern angenommen wird.

Ihr

Seniorenbeirat der Stadt Speyer

## **Inhalt der Notfallmappe**

	<b>Seite</b>
<b>Wichtige Telefonnummern</b>	<b>3</b>
<b>Impressum</b>	<b>4</b>
<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Inhalt der Notfallmappe</b>	<b>5</b>

### **Wichtige Unterlagen**

(Die Seiten 5 – 11 sollten Sie kopieren, in einer Klarsichtfolie am Anfang der Mappe abheften, um sie im Notfall schnell zur Hand zu haben.)

<b>Persönliche Daten/ Im Notfall zu benachrichtigen</b>	<b>6/7</b>
<b>Medizinische Gesundheitsdaten</b>	<b>8</b>
<b>Medizinische Gesundheitsdaten</b>	<b>9</b>
<b>Notfallausweise /Notfallkoffer</b>	<b>10</b>
<b>Ärztliche Rufnummern</b>	<b>11</b>
<b>Verfügungen</b>	<b>12</b>

## **Weitere persönliche Daten**

(Die Angaben dieser Seiten sind für den **Bevollmächtigten** bei einer eventuell eintretenden Betreuung von Bedeutung. Sie können selbst entscheiden, ob Sie die Seiten ausfüllen).

<b>Weitere persönliche Daten</b>	<b>13</b>
<b>Berufliches/Mitgliedschaften</b>	<b>14</b>
<b>Fahrzeuge, Fahrzeug-, Sach- und Haftpflichtversicherungen</b>	<b>15</b>
<b>Finanzen und Verbindlichkeiten/ bestehende Verträge</b>	<b>16</b>
<b>Rente/ Versorgung</b>	<b>17</b>
<b>Checkliste für den Fall meines Todes</b>	<b>18</b>
<b>Weiterführende Informationen und Adressen</b>	<b>19 /20</b>
<b>Informationen zu: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung</b>	<b>20/21</b>

## **Persönliche Daten**

**Name**.....

**Vorname**.....

**Geburtsdatum**.....

**Geburtsort**.....

**Straße, Hausnummer**.....

**PLZ, Wohnort**.....

**Telefonnummer**.....

**Handy**.....

**E-Mail**.....

**Die Zugangsdaten (Passwörter) zu meinem PC, zur E-Mail-Adresse und zu Onlinebanking sind bei den Notfallausweisen hinterlegt.**

## **Im Notfall benachrichtigen**

### **Folgende Personen bitte umgehend benachrichtigen**

(Name, Anschrift, Telefon, Email-Adresse)

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

### **Folgende Personen besitzen Schlüssel für meine Wohnung, Zweitwohnung oder sonstige Räume/Behältnisse**

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

## **Krankenversicherung**

**Gesetzliche Krankenkasse.....**

**Versicherungsnummer.....**

**Verwahrung der Versicherungskarte Wichtig!**

.....  
.....

**Private Krankenversicherung/Krankenzusatzversicherung**

**Versicherungsgesellschaft.....**

.....  
.....

**Versicherungsnummer.....**

**Verwahrung der Unterlagen**

.....  
**Pflegeversicherungen**

**Versicherungsgesellschaft**.....

.....  
.....  
**Versicherungsnummer**.....

**Verwahrung der Unterlagen**

.....  
.....  
**Medizinische Gesundheitsdaten**

**Blutgruppe**.....

**Gegenwärtige Krankheiten**

.....  
.....  
**Diabetes**                      **Ja O**                      **Nein O**

**Ausweis, Verwahrung**.....

**Insulin**                      **Ja O**                      **Nein O**

**Tabletten**                      **Ja O**                      **Nein O**

**Anfallsleiden**                      **Ja O**                      **Nein O**

.....  
**Allergien**                      **Ja O**                      **Nein O**

.....

## Medikamente

.....

.....

.....

## Dauermedikation:

Name des Medikaments, wann einzunehmen (morgens/ mittags/ abends)

.....

.....

## Implantate

.....

.....

.....

## Ambulante Behandlungen

.....

.....

.....

## Stationäre Behandlungen

.....

.....

.....

## Operationen

.....

## Behinderungen



.....

**Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes**

**Ausstellungsdatum.....Aktenzeichen.....**

**Datum der Antragstellung.....**

**Notfallausweise**

<b>Diabetikerausweis</b>	<b>Ja <input type="radio"/></b>	<b>Nein <input type="radio"/></b>
<b>Impfnachweis</b>	<b>Ja <input type="radio"/></b>	<b>Nein <input type="radio"/></b>
<b>Allergiepass</b>	<b>Ja <input type="radio"/></b>	<b>Nein <input type="radio"/></b>
<b>Organspendeausweis</b>	<b>Ja <input type="radio"/></b>	<b>Nein <input type="radio"/></b>

**Sonstige Ausweise**

.....

.....

**Verwahrung der Ausweise.....**

.....

.....

**Notfallkoffer**

Toilettenartikel, Handtücher

Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe

Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe

Medikamentenliste mit Dosierangabe

Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen/Freunde

Evtl. Hausschlüssel (bei Alleistehenden)

Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

Kleiner Geldbetrag

Persönliche Gegenstände (Uhr, Buch, Zeitschriften)

## **Ärztliche Rufnummern**

### **Mein Hausarzt**

**Name**.....

**Anschrift**.....

**Tel.-Nr**.....

### **Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:**

**Name**.....

**Anschrift**.....

**Tel.-Nr**.....

**Fachrichtung**.....

.....

**Name**.....

**Anschrift**.....

**Tel.-Nr**.....

**Fachrichtung**.....

**Name**.....

**Anschrift**.....

**Tel.-Nr**.....

Fachrichtung.....

## **Verfügungen**

**Vorsorgevollmacht**      Ja       Nein

Verwahrung.....

Bevollmächtigter.....

.....

**Patientenverfügung**      Ja       Nein

Verwahrung.....

**Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben**

.....

.....

**Personen, die Vollmacht haben, meine Patientenverfügung durchzusetzen**

.....

.....

**Betreuungsverfügung**      Ja       Nein

Verwahrung.....

Hinterlegt bei.....

.....

**Wenn Sie es möchten, können Sie Kopien der Verfügungen in der Mappe abheften.**

**Informationen zu den Verfügungen finden Sie auf Seite 20 in dieser Mappe.**

## **Weitere persönliche Daten**

**Konfession**.....

**Kirchengemeinde**.....

**Familienstand**.....

### **Ehegatte/Lebenspartner**

Name.....Vorname.....

Wohnung.....

Telefonnummer.....

### **Verwahrung der Urkunde/des Stammbuches/ des Ehevertrages**

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

### **Bei Scheidung: Verwahrung des Scheidungsurteils**

.....  
.....

# Berufliches

## Arbeitnehmer

Tätigkeiten.....

Name, Adresse und Telefonnummer des Arbeitgebers

.....  
.....

## Bei Selbständigkeit

Name der Firma.....

Anschrift: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefonnummer)

.....  
.....

## Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

.....

## Berufsunfähigkeitsversicherung

.....

## Mitgliedschaften

**Mitgliedschaften in Vereinen/Verbänden/Gewerkschaften** (evtl. mit Angabe, ob und wann die Kündigung erfolgen kann)

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

.....

# Fahrzeuge und Fahrzeugversicherungen

Fahrzeugart (PKW, LKW)/ amtliches Kennzeichen/ Hersteller/ Versichert bei/ Versicherungsnummer

.....

.....

.....

.....

# Sach- und Haftpflichtversicherungen

Privathaftpflichtversicherung/ Wohngebäudeversicherung/  
Glasbruch-/ Sturmschädenversicherung/ Haus- und Grundbesitzer-  
Haftpflichtversicherung/ Hausratsversicherung/  
Rechtsschutzversicherung/ Sonstige Versicherungen

Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Finanzen und Verbindlichkeiten/ bestehende Verträge

## Bei folgenden Banken/ Sparkassen habe ich Konten/ Sparverträge

(Dem Betreuer/ Bevollmächtigten sollten Sie eine Vollmacht über die Konten geben, die über den Tod hinaus gilt.)

.....

.....

.....

.....

.....

## Andere Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten/ bei Privatpersonen/ Firmen

.....

.....

.....

.....

## Mietverträge/ Strom/ Gas/ Telefon/ Internet/ GEZ/ Zeitungen und Zeitschriften

(Hinweise auf bestehende Daueraufträge /Einzugsermächtigungen)

.....

.....

.....

.....

# Rente/Versorgung

## Deutsche Rentenversicherung:

.....

Anschrift/Versicherungsnummer

## Zusatzversicherung:

.....

Name

Telefonnummer

## Private Rentenversicherung/Lebensversicherung/ Unfallversicherung:

.....

Versicherungsgesellschaft /Versicherungsnummer

.....

Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

.....

Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

## Beamtenversorgung:

.....

Pensionsfestsetzende Behörde

.....

Telefonnummer

Personalnummer / Aktenzeichen

## Sterbegeldversicherung:

.....

Versicherungsgesellschaft

.....

Versicherungsnummer



# Checkliste für den Fall meines Todes

Heiratsurkunde, Familienstammbuch sowie sämtliche Urkunden sind zu finden:

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

Diese Wünsche habe ich bezüglich der Trauerfeier, Bestattung, Bestattungsunternehmen, Grab....

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

**Letztwillige Verfügung** (Testament, Erbvertrag, Vermächtnisse u.a.) **sind zu finden:**

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

# Weiterführende Informationen und Adressen:

## Beratung

**Seniorenbüro der Stadt Speyer, Maulbronner Hof 1a, Tel.: 06232-142661**

### **Pflegestützpunkt Speyer, Paul-Egell-Straße 24**

Ansprechpartnerinnen: **Frau Bettina Schimmele /Tel.: 06232-854 12 15**

**Frau Carmen Bouquet / Tel.: 06232-679 67 05**

**Frau Gabi Ewald / Tel.: 06232-854 12 15**

### **Pflegestützpunkt Speyer, Bahnhofstraße 31**

Ansprechpartnerin: **Herr Klaus Lorenz / Tel.: 06232-850 01 78**

**Frau Carmen Bouquet Tel: 06232-850 01 77**

Kostenlose Information, Beratung und Unterstützung rund um die Themen Pflege, Versorgung, Krankheit und Behinderung.

*Träger: Land Rheinland-Pfalz, Kranken- und Pflegekassen in RLP in Kooperation mit den Trägern der Beratungs- und Koordinierungsstellen*

### **Netzwerk Demenz, Maulbronner Hof 1A**

Ansprechpartnerin: **Frau Ria Krampitz, Tel.: 06232-142661**

Eine Kooperation von Diensten, Einrichtungen und Organisationen bietet Information, Selbsthilfe und Entlastungsangebote.

Informationen zu den Netzwerkpartnern und den Angeboten.

### **Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen**

**Tel.: 06131-28 48 41 Fax. 06131/ 28 48 70**

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. Seppel-Glückert-Passage 10, 55116 Mainz

**[pflege@vz-rlp.de](mailto:pflege@vz-rlp.de)**

*Träger: Verbraucherzentrale Rheinland Pfalz, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen RLP, Pflegekassen RLP*

### **Hilfen für Jung und Alt**

Kostenlose Broschüren und Vordrucke:

**„Wer hilft mir, wenn...“**

**Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung“**

Betreuungsverein Sozialdienst Kath. Frauen und Männer e.V. (SKFM)

Bahnhofstr. 31

Annegret Robbauer

Tel.: 06232/209-169

E-Mail: [annegret.robbauer@skfm.de](mailto:annegret.robbauer@skfm.de)

Andrea Herrmann

Tel.: 06232/209-269

E-Mail: [andrea.herrmann@skfm.de](mailto:andrea.herrmann@skfm.de)

Kostenlose Information und Unterstützung rund um die Themen Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und rechtliche Betreuung sowie Begleitung und Unterstützung ehrenamtlicher rechtlicher Betreuer

[www.skfm.de](http://www.skfm.de)

Ministerium der Justiz und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz

Ernst-Ludwig-Straße 3 55116 Mainz Tel: 06131/164800 Als download: [www.mjv.rlp.de](http://www.mjv.rlp.de)

„Familien-Pflegeratgeber“

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit , Familie und Frauen

Bauhofstraße 9, 55116 Mainz [www.masgff.rlp.de](http://www.masgff.rlp.de)

### **Stationäre Pflege und Einrichtungen in Speyer:**

<b>AWO Seniorenhaus „Burgfeld“ Speyer, Burgstraße 36,</b>	<b>Tel: 06232-81040</b>
<b>Seniorenzentrum Storchenpark, Speyer, Obere Langgasse 13,</b>	<b>Tel.: 06232-816170</b>
<b>Salier-Stift Speyer, Obere Langgasse 5a,</b>	<b>Tel.: 06232-207440</b>
<b>Seniorenstift Bürgerhospital Speyer, Mausbergweg 110,</b>	<b>Tel.: 06232-648131</b>
<b>Haus am Germansberg, Speyer, Else Krieg Straße 2,</b>	<b>Tel.: 06232-22-1726</b>
<b>Caritas Altenzentrum St. Martha Speyer, Schützenstraße 18c,</b>	<b>Tel.: 06232-135-0</b>
<b>Alten-und Pflegeheim Am Adenauer Park, Bahnhofstraße 56a</b>	<b>Tel.: 06232-72002</b>
<b>Haus Edelberg, Landauerstraße 53</b>	<b>Tel.: 06232-600450</b>

### **Ambulante Pflegedienste Speyer:**

<b>adjuvare Speyer, Marienstraße 1,</b>	<b>Tel.: 06232-670679-6</b>
<b>ARGO Pflegedienst GmbH, Mausbergweg 1,</b>	<b>Tel.: 06232-622136</b>
<b>Amb. Pflegedienst Diakonissen Speyer, Hilgardstraße 26,</b>	<b>Tel.: 06232-221752</b>
<b>Malteser Hilfsdienst GmbH, Alter Postweg 1,</b>	<b>Tel.: 06232-6004-42</b>
<b>Alloheim- ambulante Dienste, Obere Langgasse 13,</b>	<b>Tel.: 06232-816120</b>
<b>Mobile Pflege &amp; Team Andreas Holusa, Bussardweg 5,</b>	<b>Tel.: 06232-640246</b>
<b>Ökumenische Sozialstation, Kleine Gailergasse 3,</b>	<b>Tel.: 06232-6047-0</b>
<b>Pflegedienst PULS, Mühlturnstraße 24a</b>	<b>Tel.: 06232-8777300</b>
<b>Pflegeteam Handermann &amp; Schäfer GmbH. „Fünfkirchner Weg 1,</b>	<b>Tel.:06232-3185500</b>
<b>Deutsches Rotes Kreuz, Karl-Leiling-Allee 5,</b>	<b>Tel.: 06232-75179</b>
<b>Ambulante Pflegefeen</b>	<b>Tel.: 06232-8178805</b>
<b>Caritas Dienste mobil, Nikolaus-von-Weis-Str. 6</b>	<b>Tel.: 06232-8778010</b>
<b>Pflegeteam Tempus, Werkstraße 10</b>	<b>Tel.: 06232-6629864</b>
<b>B+O Ambulante Pflegedienst, Am Roßsprung 1,</b>	<b>Tel.: 06232-9809603</b>
<b>Mein Pflegeteam, Obere Langgasse 9,</b>	<b>Tel.: 06232-6843752</b>

### **Hospiz-Hilfe:**

**Hospiz im Wilhelminenstift, Hilgardstraße 26,** **Tel.: 06232-221689**

Alle Informationen sind nach bestem Wissen und Gewissen zusammengestellt, für die Richtigkeit und Aktualität der Daten können wir dennoch keine Gewähr übernehmen.

Anregungen, Ergänzungen und weitere Anbieter sind herzlich willkommen und werden bei Neuauflagen umgehend berücksichtigt.

## **Informationen zu: Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**

Die oben genannten Begriffe sind sogenannte Vorsorgedokumente.

### **Die Vorsorgevollmacht oder Vollmacht zur Vorsorge**

Eine Vorsorgevollmacht ist eine private Vereinbarung zwischen Ihnen und einer oder mehreren Personen Ihres Vertrauens. Sie ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung.

Sie benennen die Person(en) Ihres Vertrauens, die bereit ist (sind), für Sie zu handeln, wenn Sie bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Durch die Bevollmächtigung wird ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich.

Liegt keine Bevollmächtigung vor, entscheidet das Gericht, wer die Betreuung übernimmt.

Die Vorsorgevollmacht gilt beispielsweise für Bank- oder Versicherungsgeschäfte, Behördengänge, Post und Fernmeldeverkehr, Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten und vor allem für Fragen zur Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit. Sie können auch nur für bestimmte Bereiche eine Vollmacht erteilen.

### **Die Patientenverfügung**

In einer Patientenverfügung können Sie im voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen medizinisch behandelt werden möchten, für den Fall, dass Sie nicht mehr selbst entscheiden können.

Sinn der Patientenverfügung ist, dass Sie Ihren Willen hinsichtlich der Behandlung von Krankheiten zu einem Zeitpunkt schriftlich niederlegen, zu dem eine solche Entscheidung noch eigenverantwortlich von Ihnen getroffen werden kann. Auf diese Weise wahren Sie Ihr Recht auf Selbstbestimmung, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar und einwilligungsfähig sind. Es kann sehr sinnvoll sein, in die Patientenverfügung Ihre persönlichen Wertvorstellungen, wie z.B. Ihre Einstellungen zum Leben und Sterben oder Ihre religiösen Anschauungen mit aufzunehmen.