



Notfallmappe

Einheitliche Notrufnummer:

112

Inhaltsverzeichnis

- 1. Persönliche Daten**
- 2. Im Notfall zu benachrichtigen**
- 3. Krankenversicherung / Pflegeversicherung**
- 4. Gesundheit – wichtige Adressen**
 - 4.1 Hausarzt**
 - 4.2 Weiterer Arzt meines Vertrauens**
 - 4.3 Zahnarzt**
 - 4.4 Ambulanter Pflegedienst**
 - 4.5 Apotheke**
- 5. Medizinische Daten / Erkrankungen**
 - 5.1 Gegenwärtige Erkrankungen**
 - 5.2 Allergien (auch Medikamente)**
 - 5.3 Medizinische Implantate (künstliche Gelenke, Schrittmacher etc.)**
 - 5.4 Ambulante Behandlungen**
 - 5.5 Stationäre Behandlungen**
 - 5.6 Operationen**
 - 5.7 Behinderung**
- 6. Medikamente**
- 7. Gepackte Tasche bei Krankenhauseinweisung**
- 8. Vorsorgevollmacht**
- 9. Patientenverfügung**
- 10. Rechtliche Absicherung der Angaben**

1. Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:	Handynummer:
E-Mail-Adresse:	
Konfession:	Kirchengemeinde:
Familienstand:	Früherer Name:
Tag und Ort (Standesamt) der Eheschließung/Lebenspartnerschaft:	
Bei Scheidung – Datum:	Gericht:

Angaben zu Ehegatte / Ehegattin bzw. Lebenspartner /Lebenspartnerin:

Name:	Vorname:
Evtl. früherer Name:	
Anschrift (falls abweichend):	
Telefonnummer:	Handynummer:
Sonstiges (z.B. Sterbedatum bei Ableben):	

2. Im Notfall zu benachrichtigen

Name:		Vorname:
Geburtstag:	Geburtsort:	(Verwandschafts-)Verhältnis:
Adresse:		
Telefonnummer:		Handynummer:

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

Name:		Vorname:
Geburtstag:	Geburtsort:	(Verwandschafts-)Verhältnis:
Adresse:		
Telefonnummer:		Handynummer:

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

Name:		Vorname:
Geburtstag:	Geburtsort:	(Verwandschafts-)Verhältnis:
Adresse:		
Telefonnummer:		Handynummer:

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

3. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung:

Krankenkasse:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

Private Krankenversicherung / Krankenhauszusatzversicherung:

Versicherungsgesellschaft:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

Pflegeversicherung (privat):

Versicherungsgesellschaft:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

4. Gesundheit – wichtige Adressen

4.1 Mein Hausarzt / meine Hausärztin:

Name:

Telefonnummer:

Adresse:

4.2 Anderer Arzt/ andere Ärztin, bei dem / der ich in regelmäßiger Behandlung bin:

Name:

Telefonnummer:

Adresse:

Fachrichtung:

4.3 Mein Zahnarzt / meine Zahnärztin

Name:

Telefonnummer:

Adresse:

4.4 Mein ambulanter Pflegedienst

Name:

Telefonnummer:

Adresse:

4.5 Meine Apotheke

Name:

Telefonnummer:

Adresse:

5. Medizinische Daten / Erkrankungen

Blutgruppe: _____

Impfstatus/Impfbuch (COVID-19 und andere)

5.1 Gegenwärtige Erkrankungen:

a. Diabetes: Ja Nein

Insulin: Ja Nein Name: _____

Tabletten: Ja Nein Name: _____

b. Andere Erkrankungen

5.2 Allergien (auch Medikamente):

5.3 Medizinische Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen etc.):

5.4 Ambulante Behandlungen:

5.5 Stationäre Behandlungen:

5.6 Operationen:

Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?

5.7 Behinderungen:

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes:

Ausstellungsdatum: _____ Aktenzeichen: _____

Antrag gestellt am: _____

Bemerkungen:

7. Gepackte Tasche bei Krankenhauseinweisung

Tasche vorhanden? Ja Nein

Standort der Tasche (insofern vorhanden):

8. Vorsorgevollmacht: Ja Nein

Inhalt in Stichpunkten:

Eingetragen: _____

Bevollmächtigte Person: _____

Personen, die informiert sind: _____

9. Patientenverfügung: Ja Nein

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben:

10. Rechtliche Absicherung der Angaben:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben genannten Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

**Herausgeber:**

Senioren-Union (SEN)
der Christlich-Sozialen-Union in Bayern

Redaktion:

Dr. Christian Alex
Dr. Helga Mohrmann

CSU-Landesleitung
Mies-van-der-Rohe-Str. 1
80807 München

Tel. 089 – 1243 232
Fax: 089 – 1243 4232
sen@csu-bayern.de

Link für Download:

<https://www.csu.de/partei/parteiarbeit/arbeitsgemeinschaften/sen/downloadpositionen/>