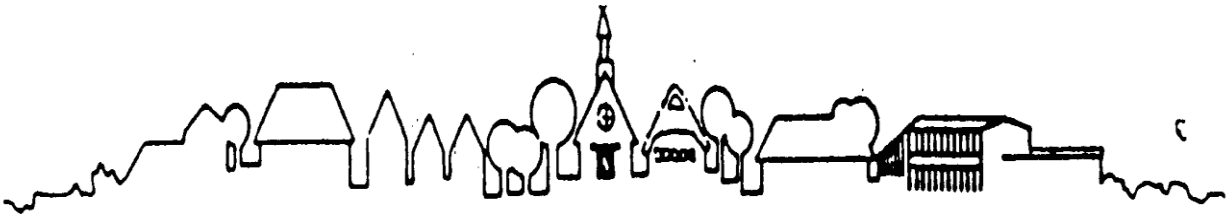


# Notfallmappe

## für Bürger in Kremperheide

**Beachten Sie bitte die Sicherheitshinweise im Vorwort dieser Mappe!**

**Erstellt vom Seniorenbeirat der Gemeinde Kremperheide nach einer Vorlage des Seniorenrats des Landes Schleswig-Holstein**

**3. Ausgabe Juni 2016**

# Inhaltsverzeichnis

Seite


Vorwort 3
Persönliche Daten 4
Im Notfall zu benachrichtigen 5
Wichtige Rufnummern. 6
Hausarzt/Apotheke/Pflegedienst 7
Ärztliche Behandlungen 8
Zahnärztliche Behandlungen 8
Klinische Behandlungen 9
Medikamente 9
Weitere medizinische Daten 10
Vorsorgevollmacht/ Betreuungs-/ Patientenverfügung 11
Krankenversicherungen 12
Weitere Versicherungen 13
Renten/Versorgung 17
Erwerbstätigkeit/Ehrenämter 18
Konten/Finanzen 19
Grund- und Immobilieneigenturn 22
Bestehende Verträge 23
Bestehende Abonnements 24
Fahrzeuge 25
Mitgliedschaften 25
Todesfall - Hinweise - 26
Maßnahmen für Krankenhauseinweisung 27
Notizen 28
Seniorenbeirat 28

# Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

mit einem guten Gefühl, vorgesorgt zu haben, wissen Sie, dass auch bei Krankheit und Unfällen oder im Todesfall Ihre Angelegenheiten so geregelt werden, wie es Ihr Wunsch ist. Daher sollen die Personen Ihres Vertrauens in dieser Mappe alle nötigen Informationen vorfinden. Auch wenn diese Mappe auf Initiative des Seniorenbeirats entstanden ist, ist sie doch für alle Bürger, unabhängig vom Lebensalter, sinnvoll und nützlich.
Eine wichtige Voraussetzung für den Nutzer der Mappe ist es, dass die Einträge regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Die Mappe sollte an einer Stelle aufbewahrt werden, die im Notfall Ihren Vertrauenspersonen bekannt ist.
Wir hoffen, dass Sie sich entschließen, das Angebot der Notfallmappe zu nutzen.

Sie können die Notfallmappe auch im Internet unter www.kremperheide.de herunterladen. Dann können Sie diese Mappe mit Hilfe eines Computers ausfüllen.
**Nach dem Ausfüllen sollten Sie die Mappe ausdrucken, die Datei auf dem Computer löschen und den Ausdruck an einem sicheren Ort verwahren. Computer sind kein sicherer Ort zum Aufbewahren Ihrer vertraulichen Daten!**

Kremperheide, den 06.12.2014

Sven Baumann
Bürgermeister

Wilfried Schulz
Seniorenbeirat

# Persönliche Daten

| | |
|---|---|
| Name | Vorname/n |
| Geburtsdatum | Geburtsort |
| Straße. Hausnummer | |
| PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer | Handy |
| E-Mail-Adresse | |
| Konfession | Kirchen-<br>gemeinde |
| Familienstand | |

## Ehegatte

| | |
|---|---|
| **Ehegatte:**<br>Name | Vorname/n |
| evtl. früherer Name des **Ehegatten** | |
| Wohnung des **Ehegatten**<br>Straße. Hausnummer<br>PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer<br>des **Ehegatten** | Handy<br>des **Ehegatten** |

## Urkunden

| |
|---|
| Verwahrung der Urkunden<br><br>des Stammbuches<br><br>der Sterbeurkunde<br><br>des Scheidungsurteils |

Raum für weitere Anmerkungen:

# Persönliche Daten

## Kinder

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer | Handy |
| Sonstige Angaben | |

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer | Handy |
| Sonstige Angaben | |

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer | Handy |
| Sonstige Angaben | |

## Im Notfall zu benachrichtigen

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer | Handy |
| Sonstige Angaben | |

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer | Handy |
| Sonstige Angaben | |

## Im Notfall zu beachten

Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:

## Sonstiges

# Wichtige Rufnummern

| | |
|---|---|
| **Polizei (Notruf, Überfall)** | **110** |
| **Polizeistation Itzehoe-Wellenkamp** | **04821/89 21 07** |
| **Feuerwehr** | **112** |
| **Rettungsdienst/Notarzt** | **112** |

| | |
|---|---|
| **Ärztlicher Bereitschaftsdienst S-H** | **116 117** |
| **Arzt: Dr. Barwary** | **04821/8 38 98** |
| **Posthornapotheke** | **04821/8 91 66** |
| **Zahnarzt: Dr. Nießen** | **04821/81 18** |
| **Klinikum Itzehoe** | **04821/772-0** |
| **Krankentransport** | **04821/19 222** |
| **Giftnotruf** | **0551/19 240** |
| **Tagespflege (Ahsbahsstift)** | **04824-4069321** |
| **Pflegenotruf Schleswig-Holstein** | **01802 49 48 47** |

| | |
|---|---|
| **Kirchenbüro** | **04821/80 32 20** |
| **Telefonseelsorge evangelisch** | **0800 11 10 11 1** |
| **Telefonseelsorge katholisch** | **0800 11 10 22 2** |

| | |
|---|---|
| **EC Kartensperrung** | **116 116** |

| | |
|---|---|
| **Amt Krempermarsch** | **04824/38 90-0** |
| **Bürgermeister: Sven Baumann** | **04821/900280** |
| **Gemeindearbeiter/Klärwerk** | **04821/86752** |
| **Seniorenbeirat: Wilfried Schulz** | **04821/4092007** |

| | |
|---|---|
| **Störung Wasser (Stadtwerke Glückstadt)** | **04124/936-0** |
| **Störung Gas (Stadtwerke Itzehoe)** | **04821/774-0** |
| **Störung Strom (Stadtwerke Itzehoe)** | **04821/774-0** |
| **Störung Telefon/Internet Stadtwerke Itzehoe** | **04821/774-0** |
| **Störung Telefon/Internet Kabeldeutschland** | **0800/5266625** |
| **Störung Telefon/Internet Deutsche Telekom** | **0800/3301000** |

| | |
|---|---|
| **Verbraucherzentrale S-H** | **0431/59 099-0** |

| | |
|---|---|
| **Opfer-Notruf und Info-Telefon** | **11 60 06** |
| **Weißer Ring (kostenlos)** | **01803 34 34 34** |

| | |
|---|---|
| **AWO: Elfi Mölln** | **04821/82157** |
| **DRK: Brigitte Soethje** | **04824/8719132** |
| **TSV Kremperheide: Stefan Kühl** | **04821/ 9490411** |

# Hausarzt

| | |
|---|---|
| Name der Praxis | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ Ort | |
| Telefonnummer | Handy |

# Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

| | |
|---|---|
| Name und Anschrift der Praxis | |
| Fachrichtung | Telefon-nummer |

| | |
|---|---|
| Name und Anschrift der Praxis | |
| Fachrichtung | Telefon-nummer |

| | |
|---|---|
| Name und Anschrift der Praxis | |
| Fachrichtung | Telefon-nummer |

# Apotheke:

| | |
|---|---|
| Name und Anschrift | |
| Telefon-nummer | |

# Ambulanter Pflegedienst:

| | |
|---|---|
| Name und Anschrift | |
| Telefon-nummer | |

# Ärztliche Behandlungen *- ambulant –*

| Datum | Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose) | Name des behandelnden Arztes |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# Zahnärztliche Behandlungen

| Datum | Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose) | Name des behandelnden Arztes |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# Klinische Behandlungen - *stationär* -

| Datum | Grund des Klinikaufenthalts (Diagnose) | Name/Anschrift des behandelnden Arztes |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# Medikamente

| **Name des Medikaments** | **Einnahme -Zeit** morgens | mittags | abends | andere |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.):

Ja ☐ Nein ☐ Falls ja, welche:

# Weitere medizinische Daten

| **Blutgruppe** | |
|---|---|
| Impfungen | **Ja** ☐ **Nein** ☐ |
| Impfbuch vorhanden | Ja ☐ Nein ☐ |
| Impfbuch befindet sich | |
| Impfung gegen | |

| **Allergien** | **Ja** ☐ **Nein** ☐ |
|---|---|
| Allergiepass vorhanden | Ja ☐ Nein ☐ |
| Allergiepass befindet sich | |
| Allergie gegen | |

| **Diabetes** | **Ja** ☐ **Nein** ☐ |
|---|---|
| Insulin | Ja ☐ Nein ☐ |
| Tabletten | Ja ☐ Nein ☐ |
| Ausweis vorhanden | Ja ☐ Nein ☐ |
| Ausweis befindet sich | |

| **Anfallsleiden** | **Ja** ☐ **Nein** ☐ |
|---|---|
| nähere Beschreibung | |

| **Schwerbehinderungen** | **Ja** ☐ **Nein** ☐ |
|---|---|
| Grad der Behinderung | |

| **Implantate** | **Ja** ☐ **Nein** ☐ |
|---|---|
| Art des Implantats (z. B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.) | |

| **Transplantationen** | **Ja** ☐ **Nein** ☐ |
|---|---|
| Art der Transplantation und weitere Angaben | |

| **Organspendeausweis** | **Ja** ☐ **Nein** ☐ |
|---|---|
| Ausweis befindet sich | |

**Sonstiges:**

# Vollmachten/ Verfügungen

## Vorsorgevollmacht

**Ich/wir habe(n) am eine Vorsorgevollmacht errichtet.**

| |
|---|
| Aufbewahrungsort: |

**Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:**

| |
|---|
| Name, Vorname |
| Anschrift: |
| Telefon/E-Mail |

## Betreuungsverfügung

**Ich/wir habe(n) am eine Betreuungsverfügung errichtet.**

| |
|---|
| Aufbewahrungsort: |

**Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:**

| |
|---|
| Name, Vorname |
| Anschrift: |
| Telefon/E-Mail |

## Patientenverfügung

**Ich/wir habe(n) am eine Patientenverfügung errichtet.**

| |
|---|
| Aufbewahrungsort: |

**Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:**

| |
|---|
| Name, Vorname |
| Anschrift: |
| Telefon/E-Mail |

# Weitere Versicherungen

## Lebensversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Begünstigter | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Unfallversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Privathaftpflichtversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Hausratversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Weitere Versicherungen

## Feuerversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Gebäudeversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Privatrechtschutzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Verkehrsrechtschutzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Weitere Versicherungen

## Kraftfahrzeugversicherungen

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |
| versichertes Fahrzeug | |

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |
| versichertes Fahrzeug | |

## Insassenunfallversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft, Name** | |
| **örtl. Versicherungsagentur, Anschrift** | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Weitere Versicherungen

## Sonstige Versicherungen

**Wichtige Angaben:**
Versicherungsart,
Versicherungsgesellschaft,
(Anschrift/Agentur),
Versicherungsnummer

## Folgende Versicherungen können gekündigt werden:

| | |
|---|---|
| **a)** | |
| **b)** | |
| **c)** | |
| **d)** | |
| **e)** | |

# Rente/Versorgung

## Gesetzliche Rentenversicherungen

| **Rentenversicherungsträger** | |
|---|---|
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Bescheid/e vom | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Zusatzversicherungen

| **Versicherungsgesellschaft** | |
|---|---|
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| **Versicherungsgesellschaft** | |
|---|---|
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| **Versicherungsgesellschaft** | |
|---|---|
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| **Versicherungsgesellschaft** | |
|---|---|
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Beamtenversorgung

| **Pensionsfestsetzende Behörde** | |
|---|---|
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Personalnummer/ Aktenzeichen | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Erwerbstätigkeit/Ehrenämter

## Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

| | |
|---|---|
| **Steuernummer** | |
| **Identifikationsnummer** | |

## Erwerbstätigkeit

**als Arbeitnehmer**

| | |
|---|---|
| **Arbeitgeber** | |
| Telefonnummer | |
| Personalnummer | |
| Sozialversicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

**als Selbständiger (Gewerbe, Frei Berufe, Landwirtschaft)**

| | |
|---|---|
| **Art der Selbständigkeit** | |
| Anschrift der Firma | |
| zuständiges Finanzamt | |
| Handelsregister | |
| weitere Angaben | |

**Nebenberuf/Nebenbeschäftigung**

| | |
|---|---|
| **Beschreibung der Tätigkeit** | |
| weitere Angaben | |
| **Beschreibung der Tätigkeit** | |
| weitere Angaben | |
| **Beschreibung der Tätigkeit** | |
| weitere Angaben | |

## Ehrenämter

| | |
|---|---|
| **Beschreibung der Tätigkeit** | |
| weitere Angaben | |
| **Beschreibung der Tätigkeit** | |
| weitere Angaben | |
| **Beschreibung der Tätigkeit** | |
| weitere Angaben | |
| **Beschreibung der Tätigkeit** | |
| weitere Angaben | |

# Konten/Finanzen

## Girokonten

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Kontonummer / IBAN | |
| Bankleitzahl / BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Kontonummer / IBAN | |
| Bankleitzahl / BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

## Sparkonten

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Kontonummer / IBAN | |
| Bankleitzahl / BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |
| Sparbuch befindet sich | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Kontonummer / IBAN | |
| Bankleitzahl / BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |
| Sparbuch befindet sich | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Kontonummer / IBAN | |
| Bankleitzahl / BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |
| Sparbuch befindet sich | |

# Konten/Finanzen

## Weitere Konten

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Kontonummer / IBAN | |
| Bankleitzahl / BIC | |
| Art des Kontos | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Kontonummer / IBAN | |
| Bankleitzahl / BIC | |
| Art des Kontos | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Kontonummer / IBAN | |
| Bankleitzahl / BIC | |
| Art des Kontos | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

## Bankschließfach

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut** | |
| Schließfachnummer | |
| Bankleitzahl | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

# Konten/Finanzen

## Bausparverträge

| | |
|---|---|
| **Bausparkasse** | |
| Bausparnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Bausparkasse** | |
| Bausparnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Verbindlichkeiten

| | |
|---|---|
| **Darlehensgeber** | |
| Betrag | |
| Fälligkeit | |
| Tilgung | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Darlehensgeber** | |
| Betrag | |
| Fälligkeit | |
| Tilgung | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Darlehensgeber** | |
| Betrag | |
| Fälligkeit | |
| Tilgung | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Darlehensgeber** | |
| Betrag | |
| Fälligkeit | |
| Tilgung | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Grund- und Immobilieneigentum

| | |
|---|---|
| **Art des Grundbesitzes**<br>(z. B. Wiese, Wald, Fischteich)<br>bzw.<br>**Art der Immobilie**<br>(z. B. Wohnhaus, Garage) | |
| Anschrift | |
| Flur-Nr. / Gemarkung | |
| Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags) | |
| Eigentumsverhältnis | Alleineigentümer ☐ Miteigentümer ☐ |
| Name/Anschrift Miteigentümer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Art des Grundbesitzes**<br>(z. B. Wiese, Wald, Fischteich)<br>bzw.<br>**Art der Immobilie**<br>(z. B. Wohnhaus, Garage) | |
| Anschrift | |
| Flur-Nr. / Gemarkung | |
| Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags) | |
| Eigentumsverhältnis | Alleineigentümer ☐ Miteigentümer ☐ |
| Name/Anschrift Miteigentümer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Bestehende Verträge

## 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 | |

| | |
|---|---|
| **Vertragsgegenstand** | |
| **Vertragspartner** | Name und Anschrift |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Bestehende Abonnements

## Zeitungen, Zeitschriften, Bücher usw.

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner** | Name und Anschrift |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner** | Name und Anschrift |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner** | Name und Anschrift |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner** | Name und Anschrift |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner** | Name und Anschrift |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Krankenversicherungen

## Gesetzliche Krankenkasse

| | |
|---|---|
| **Name der Krankenkasse** | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Nr. der Versichertenkarte | |
| Versichertenkarte befindet sich | |

## Private Krankenversicherung/Krankenzusatzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Private Krankenversicherung/Pflegezusatzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Fahrzeuge

| | |
|---|---|
| **Fahrzeugart**<br>(z. B. PKW, LKW, Motorrad) | |
| Hersteller, Typ | |
| amtliches Kennzeichen | |
| regelmäßiger Standort | |

| | |
|---|---|
| **Fahrzeugart**<br>(z. B. PKW, LKW, Motorrad) | |
| Hersteller, Typ | |
| amtliches Kennzeichen | |
| regelmäßiger Standort | |

| | |
|---|---|
| **Fahrzeugart**<br>(z. B. PKW, LKW, Motorrad) | |
| Hersteller, Typ | |
| amtliches Kennzeichen | |
| regelmäßiger Standort | |

## Mitgliedschaften

### In Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Anschrift / Telefonnummer** | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Anschrift / Telefonnummer** | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Anschrift / Telefonnummer** | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Anschrift / Telefonnummer** | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Anschrift / Telefonnummer** | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Anschrift / Telefonnummer** | |

# Für den Todesfall

## Mein Testament ist hinterlegt bei:

| |
|---|
| **Name** |
| **Anschrift** |

*Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.*

**Todesfall zu Hause**:
(Haus-) Arzt benachrichtigen, der den Totenschein ausstellt.
Nächste Angehörige benachrichtigen.
Egal, ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht, sind **folgende Unterlagen des Verstorbenen unverzichtbar:**
Personalausweis und/oder Reisepass, Versicherungspolicen, Lebens-,Totenschein, Sterbegeld-, Unfallversicherung, Geburtsurkunde, Post/Bankvollmacht über den Tod hinaus, Heiratsurkunde, ggf. Scheidungsurteil, Mitteilung der letzten Rentenanpassung, ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners, Krankenversichertenkarte, falls vorhanden: Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag

**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
Beantragung des Erbscheines beim zuständigen Amtsgericht (ggf. Testament vorlegen)
Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.
Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften etc.),
Vereinen und Verbänden
Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen,
Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen,
ggf. Haushaltsauflösung veranlassen

**Zu organisieren sind:**
Art und Durchführung der Bestattung
Überführung des Leichnams durch den Bestatter (Sterbeurkunden beifügen!)
Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
ggf. Pflegedienst benachrichtigen

# Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.

(Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110) anrufen

Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)

Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle, wegräumen)

Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung

Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)

Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe

Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe,
bisher einzunehmende Medikamente

Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)

Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.) ggf. Pflegedienst benachrichtigen

# Notizen

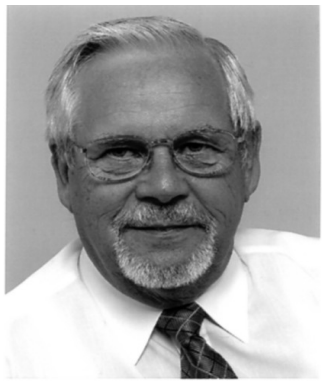
**Seniorenbeirat Kremperheide**

Wilfried Schulz
Vorsitzender
Tel. 04821 4092007

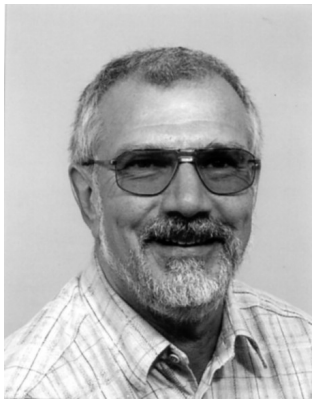
Rolf Beermann
Stellv. Vorsitzender
Tel. 04821 803275

Helmut Richert
Protokollführer
Tel. 04821 85251

Gisela Claus
Beisitzerin
Tel.04821 84486



Uwe Lünzmann
Beisitzer
Tel. 04821 83467



Joachim Speer
Beisitzer
Tel. 04821 83214