



# Notfallmappe

für

---



# Wir engagieren uns für unsere Heimat!

Wir engagieren uns – für Sie!

 Stiftung der  
**Kreissparkasse  
Mühldorf a. Inn**

Ob Stadt, ob Land, Ihre Sparkasse ist mit dabei, wenn es darum geht die Lebensqualität dort zu sichern, wo die Menschen leben und arbeiten. Durch die Unterstützung von Freizeiteinrichtungen, mit der Förderung sozialer Projekte, durch Engagement für Umweltschutz, Sport und Kultur.

**MEHR MENSCH. MEHR LEISTUNG. MEHR WERT.**  
**Sparkasse Altötting-Mühldorf.**

[www.spk-aoe-mue.de](http://www.spk-aoe-mue.de)

 **Sparkasse  
Altötting-Mühldorf**



## Grußwort des Landrats im Landkreis Mühldorf a. Inn

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wie schnell kann jedem von uns etwas zustoßen? Ein unbedachter Schritt, ein Unfall oder eine plötzliche Krankheit können uns und unseren Alltag schnell aus dem Tritt bringen. Wenn so ein Notfall eintritt, dann zählt oft jede Sekunde. Notfallnummern müssen gleich zur Hand sein, Informationen über Vorerkrankungen oder die entsprechende Versicherung sollten immer griffbereit sein.

Die Koordinationsstelle für Seniorenarbeit hat im Rahmen der Umsetzung des Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts die vorliegende Notfallmappe zusammengestellt. Hier können alle wichtigen Nummern und Informationen – von Bankverbindungen über Benachrichtigungsnummer im Notfall bis hin zur eigenen Krankheitsgeschichte – eingetragen werden. Damit hat nicht nur der Verunfallte selbst schnell alles griffbereit, auch die Angehörigen und Freunde sind so besser auf einen Notfall vorbereitet.

Sollten Sie zusätzliche Exemplare der Notfallmappe benötigen oder sonstige Informationen rund um die Seniorenarbeit im Landkreis Mühldorf a. Inn wünschen, können Sie sich gerne an Frau Maria Pfeilstetter von der Koordinationsstelle für Seniorenarbeit, Telefon 08631/699-475 oder per E-Mail an [maria.pfeilstetter@lra-mue.de](mailto:maria.pfeilstetter@lra-mue.de) wenden.

Ich hoffe, dass Sie und Ihre Angehörigen diese Notfallmappe nicht benötigen, Sie Ihnen aber im Ernstfall eine gute Hilfe ist.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Huber', written over a faint printed name.

Georg Huber  
Landrat





## Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer Handy

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse Telefax

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Familienstand Ehegatte: Name, Vorname

## Weitere Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Im Notfall zu benachrichtigen

---

Name

Vorname

---

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

---

Telefonnummer

Handy

---

E-Mail-Adresse

Telefax

---

Name

Vorname

---

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

---

Telefonnummer

Handy

---

E-Mail-Adresse

Telefax

## Im Notfall zu beachten

(Wer hat für meine Wohnung, sonstige Räume einen Schlüssel?)

---

---

---



## Wichtige Rufnummern

Polizei	<b>110</b>
Feuerwehr	<b>112</b>
Rettungsdienst/Ärztlicher Notfalldienst	<b>112</b>
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern	01805 191212
Polizeiinspektion/Kriminalpolizeistation Mühldorf a. Inn	08631 3673-0
Polizeiinspektion Waldkraiburg	08638 9447-0
Polizeistation Haag i. OB	08072 9182-0
Klinik Mühldorf a. Inn	08631/613-0
Klinik Haag i. OB	08072/378-0
Pfarramt	_____
EC-Kartensperrung	_____
Stadt-/ Gemeindeverwaltung	_____
Ambulanter Pflegedienst	_____

## Wichtige Angaben beim Notruf:

1. Was ist passiert?
2. Wo ist es passiert?
3. Wie viele Verletzte?
4. Welche Art der Verletzung?
5. Warten auf Rückfragen!



## Hausarzt

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

## Andere Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefonnummer

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Fachrichtung

Telefonnummer

## Zahnarzt

---

Name und Anschrift der Praxis

Telefonnummer

## Apotheke

---

Name und Anschrift der Apotheke

Telefonnummer

## Ambulanter Pflegedienst

---

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Telefonnummer



## Schwerbehinderung

Ja Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Gültig bis: \_\_\_\_\_

Nein

## Allergien (auch auf Medikamente)

Ja: \_\_\_\_\_

Nein

## Medizinische Implantate (künstliche Gelenke, Herzschrittmacher,...)

Ja: \_\_\_\_\_

Nein

## Impfungen

Ja: \_\_\_\_\_

Nein

## Medikamente

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Einnahmezeit

**Blutgruppe:** \_\_\_\_\_

**Organspendeausweis:**

Ja

Nein



## Versicherungen

### Krankenversicherung

---

Name der Krankenkasse

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

Nr. der Versichertenkarte

### Pflegeversicherung

---

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Anschrift

---

Telefonnummer

### Lebensversicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

### Unfallversicherung

---

Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

Versicherungsnummer



## **Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorgevertrag**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

## **Privathaftpflichtversicherung**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

## **Hausratversicherung**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

## **Brandversicherung**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

## **Gebäudeversicherung**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer



## Rechtsschutzversicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

## Verkehrsrechtsschutzversicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

## Kfz-Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

## Sonstige Versicherungen

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer



## Rente /Versorgung

### Altersrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Hinterbliebenenrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Betriebsrente/Zusatzrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Private Rentenversicherung:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Sonstige Renten:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_



## Finanzen

### Girokonten

---

**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

---

Kontonummer

---

Bankleitzahl

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:

### Weitere Konten

---

**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

---

Kontonummer

---

Bankleitzahl

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:

---

**Geldinstitut** (Name und Anschrift)

---

Kontonummer

---

Bankleitzahl

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt:



## Steuernummer/Steuer-Identifikationsnummer

Zuständiges Finanzamt : \_\_\_\_\_

Steueridentifikationsnummer: \_\_\_\_\_

## Bankvollmacht (Für folgende Konten besteht eine Bankvollmacht)

\_\_\_\_\_

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Kontonummer

Bankleitzahl

Name des Bevollmächtigten

## Bankschließfach

\_\_\_\_\_

Geldinstitut (Name und Anschrift)

Schließfachnummer

Bankleitzahl

## Wertpapiere, Aktien, sonstige Vermögensgegenstände

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bausparvertrag

\_\_\_\_\_

Bausparkasse (Name und Anschrift)

Bausparnummer



## Verbindlichkeiten

---

Darlehensgeber (Name und Anschrift)

Betrag

---

Darlehensgeber (Name und Anschrift)

Betrag

## Grund- und Immobilieneigentum

---

Art

Anschrift

Flur-Nr./Gemarkung

## Arbeitgeber

---

Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Telefonnummer

## Nebenberuf/Nebenbeschäftigung

---

Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Telefonnummer

## Fahrzeug

---

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

Hersteller, Typ

---

amtliches Kennzeichen



## Bestehende Verträge

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

---

**Vertragsgegenstand**

---

**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

**Vertragsgegenstand**

---

**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

**Vertragsgegenstand**

---

**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer

---

**Vertragsgegenstand**

---

**Vertragspartner** (Name und Anschrift)

---

Telefonnummer



## Bestehende Abonnements

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

---

**Abonnement für** (Name und Anschrift)

## Mitgliedschaften

---

**Mitglied bei** (Name und Anschrift)

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

---

**Mitglied bei** (Name und Anschrift)

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

---

**Mitglied bei** (Name und Anschrift)

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)

---

**Mitglied bei** (Name und Anschrift)

**Ansprechpartner** (Name und Anschrift)





## Was muss ich bei einer Krankenhauseinweisung mitnehmen:

- Krankenhauseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld
- Toilettenartikel
- Brille, Hörgerät, Gehhilfe, etc.
- Nachtwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan / Vorbefunde
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Außerdem wichtig:

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



## Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Durch Unfall, Krankheit und Alter kann es passieren, dass wichtige Angelegenheiten des täglichen Lebens nicht mehr selbstverantwortlich geregelt werden können. Auch kann in gesundheitlicher Hinsicht eine Situation eintreten, die schwierige Entscheidungen abverlangt.

Aus diesem Grund sollte man sich auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für einen treffen soll, wenn man selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr dazu in der Lage ist. Auch die Entscheidung, ob bei einer unheilbaren Erkrankung und bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlichen Selbstständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen getroffen werden sollen oder nicht.

Eine Möglichkeit hierzu bietet eine Vorsorgevollmacht bzw. die Patientenverfügung.

Mit der Vorsorgevollmacht geben Sie einer vertrauenswürdigen Person die Möglichkeit, in ihrem Namen zu handeln, Entscheidungen zu treffen und zu unterschreiben. Die Vorsorgevollmacht kann dazu dienen, ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich zu machen.

Mit der Patientenverfügung formulieren Sie vorsorglich ihren Willen für kritische Krankheitssituationen, in denen Sie nicht mehr in der Lage sind, in eine ärztliche Behandlung einzuwilligen oder eine ärztliche Maßnahme abzulehnen. Kann sich ein Patient nicht mehr äußern, ist dessen mutmaßlicher Wille ausschlaggebend. Die Patientenverfügung dient dazu, ihren Willen für bestimmte Situationen zu dokumentieren.

Nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht erhalten Sie in der **Betreuungsstelle beim Landratsamt Mühldorf a. Inn (Tel.:08631 699-0), sowie bei Notaren und Rechtsanwälten.**

---

---

---

---

Unterlagen befinden sich:







(stehend: Renate Reisinger; sitzend: Maria Pfeilstetter)

**Herausgeber:**

Landratsamt Mühldorf a. Inn

**Ansprechpartner:**

**Maria Pfeilstetter**

Fachbereich Soziales und Senioren  
- Kooperationsstelle für Seniorenarbeit –

Postanschrift:

Töginger Str. 18  
84453 Mühldorf a. Inn  
Telefon: 08631/699-475  
Fax: 08631/699-15475  
E-Mail: [maria.pfeilstetter@lra-mue.de](mailto:maria.pfeilstetter@lra-mue.de)  
Internet: [www.lra-mue.de](http://www.lra-mue.de)

**Renate Reisinger**

Fachbereich Soziales und Senioren  
- Senioren- und Behindertenbeauftragte -

Postanschrift:

Töginger Str. 18  
84453 Mühldorf a. Inn  
Telefon: 08631/699-362  
Fax: 08631/699-15362  
E-Mail: [renate.reisinger@lra-mue.de](mailto:renate.reisinger@lra-mue.de)  
Internet: [www.lra-mue.de](http://www.lra-mue.de)