

NOTFALLMAPPE RELLINGEN



**„Wir sind nicht nur
verantwortlich für das,
was wir tun,
sondern auch für das,
was wir nicht tun.“**

Jean-Baptiste Molière

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wir alle können plötzlich und unerwartet auf fremde Hilfe angewiesen sein.

Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von Unfällen, Krankheiten bis hin zu den altersbedingten Einschränkungen. Jede oder jeder Einzelne von uns kann unabhängig vom Alter in eine solche Situation geraten und es kann vorkommen, dass der eigene Wille vorübergehend oder sogar dauerhaft nicht mehr zum Ausdruck gebracht werden kann.

Ihre Angehörigen und ihre Vertrauenspersonen stehen in solchen Momenten oft unter Schock. Hier soll der Leitfaden für den Notfall helfen, der notwendige Daten und Informationen enthält, dass z.B. Arzt und Rettungsdienst im Ernstfall schnell helfen können und

Angehörige und Vertrauenspersonen nicht lange nach wichtigen Unterlagen suchen müssen. Dieser Leitfaden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es geht darum, in der ersten Zeit eines Notfalles wichtige Informationen gebündelt an die Hand zu bekommen.

Informieren Sie Ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen über das Vorhandensein einer solchen Mappe und bewahren Sie sie dort auf, wo sie im Notfall leicht gefunden werden kann. Überprüfen Sie regelmäßig Ihre Eintragungen, damit Erkrankungen, Medikamente, Allergien usw. auf dem aktuellsten Stand sind.

Wir hoffen, dass Sie gesund und fit bleiben und ein solcher Notfall gar nicht erst eintritt.

Mit den besten Wünschen für Ihr Wohlergehen

Marc Trampe
Vorsitzender Bürgerstiftung



Christoph Rind
Geschäftsführer Bürgerstiftung



Anja Radtke
Vorsitzende Förderverein



Kennen Sie die SOS-Notfalldose?

Bei einem Notfalleinsatz haben die Rettungskräfte keine Kenntnis von Ihrer Notfallmappe und dürfen auch nicht danach suchen .

Hierfür gibt es eine ideale Lösung: die SOS-Notfalldose!

Die Dose enthält einen Vordruck für alle Angaben, die für einen Rettungseinsatz nötig und nützlich sein können und ist in Ihrer Kühlschrantür aufzubewahren.

Des Weiteren enthält diese Notfalldose zwei Aufkleber, die am Kühlschrank und an der Innenseite Ihrer Wohnungseingangstür anzubringen sind. Notfalldosen sind u. a. in Apotheken und im Internet erhältlich.

Weitere Informationen finden Sie auch unter:
www.sos-info.com

Persönliche Daten

Seite: **6**

Vollmachten

Seite: **8**

Gesundheit

Seite: **10**

Finanzen / Einkommen

Seite: **14**

Versicherungen / Verträge

Seite: **18**

Wohnen

Seite: **21**

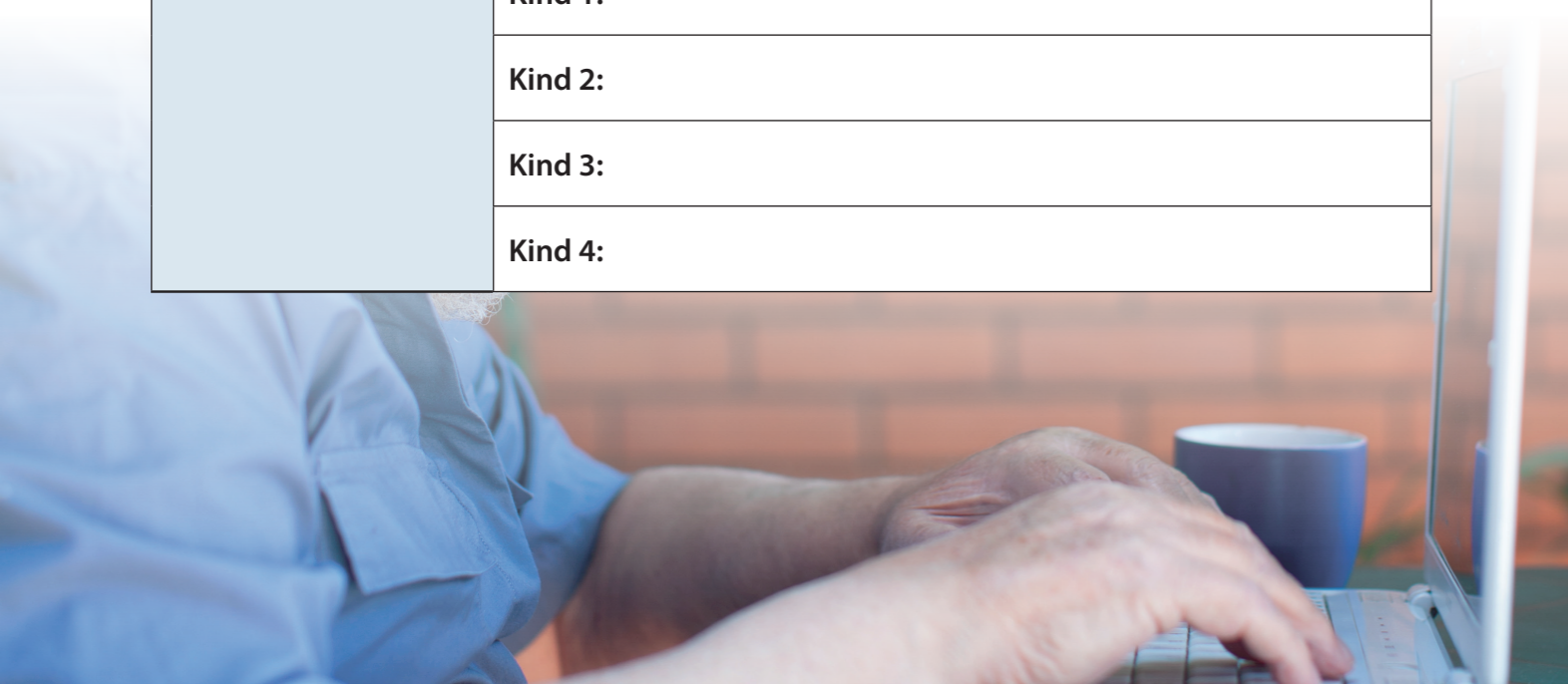
Wichtige Nummern & Infos

Seite: **22**



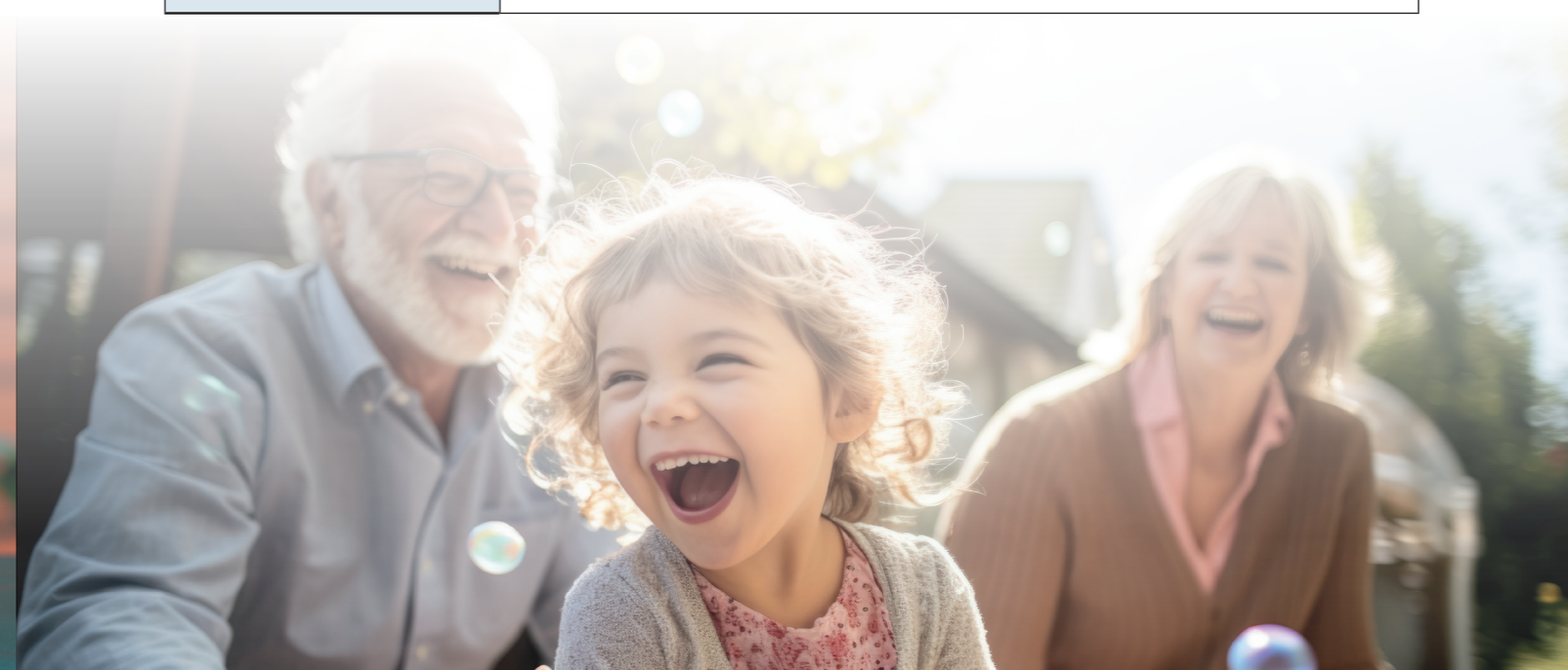
PERSÖNLICHE DATEN

Name / Vorname:	
	Personalausweis Nr.:
	Geburtsdatum:
	Straße Hausnummer:
	Ort:
	Telefon:
	Handy:
	E-Mail:
	Familienstand:
	Kind 1:
	Kind 2:
	Kind 3:
	Kind 4:



PERSÖNLICHE DATEN

Zu benachrichtigende Personen im Notfall:	Name:
	Telefon / Handy:
	E-Mail:
	Name:
	Telefon / Handy:
E-Mail:	
Raum für weitere Anmerkungen	



VOLLMACHTEN

Wer ist bevollmächtigt?	Vorsorgevollmacht
	Vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Name:
	Telefon/Handy:
	Anschrift:
	E-Mail:
Ablageort:	

Wer ist bevollmächtigt?	Generalvollmacht
	Vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Name:
	Telefon/Handy:
	Anschrift:
	E-Mail:
Ablageort:	

VOLLMACHTEN

	Patientenverfügung
	Vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Ablageort:

Wer ist bevollmächtigt?	Betreuungsverfügung
	Vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Name:
	Telefon/Handy:
	Anschrift:
	E-Mail:
Ablageort:	

	Testament
	Vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Ablageort:

Mustervordrucke und Hilfe finden Sie auf Seite 22

Hausarzt	Name der Praxis: Anschrift der Praxis: Telefon:
-----------------	---

Facharzt/ Fachärzte in ständiger Behandlung	
1.	Name der Praxis: Anschrift der Praxis: Telefon:
2.	Name der Praxis: Anschrift der Praxis: Telefon:
3.	Name der Praxis: Anschrift der Praxis: Telefon:

Pflegedienst tätig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Name des Pflegedienstes: Anschrift des Pflegedienstes: Telefon:

Chronische Erkrankungen	1: 2: 3: 4:
--------------------------------	----------------------

Medikamente	Name des Medikaments:	Einnahmezeit:
	1:	
	2:	
	3:	
	4:	
	5:	
	6:	
	7:	

Implantate z. B. Herzschritt- macher, künstliche Gelenke ...	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	1:
	2:
	3:

Blutgruppe	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
	Rh-Faktor:

Impfpass vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Ablageort:

Allergiepass vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Ablageort:

Organspende- ausweis vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Ablageort:

Kranken- versicherung	Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/>
	Name der Krankenkasse:
	Versicherungsnummer:
	Ablageort der Vers.-Karte:

Pflegeversicherung	Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/>
	Name der Krankenkasse:
	Versicherungsnummer:

Weitere Angaben Hier ist Raum für Sie, um auf weitere wich- tige Gesundheits- daten aufmerksam zu machen	
--	--

FINANZEN / EINKOMMEN

Girokonto	Name und Anschrift der Bank / Sparkasse
	IBAN:
	BIC:
	EC-Karte:
	Zusätzlich verfügungsberechtigt:

Girokonto	Name und Anschrift der Bank / Sparkasse
	IBAN:
	BIC:
	EC-Karte:
	Zusätzlich verfügungsberechtigt:

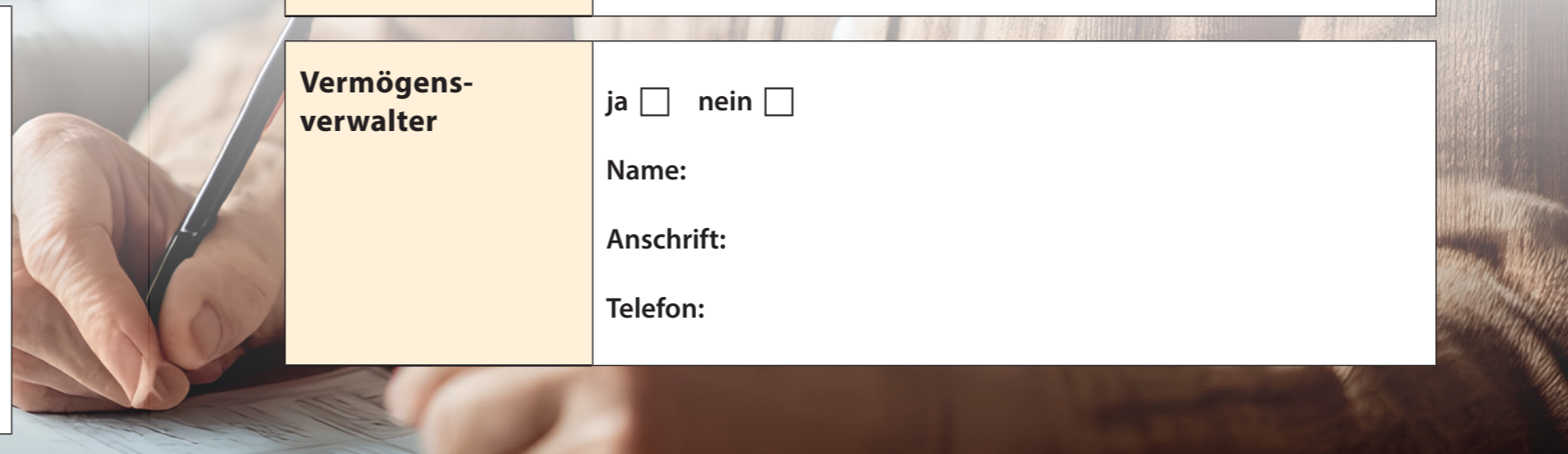
Sparbuch / Sparkonto	Name und Anschrift der Bank / Sparkasse
	IBAN:
	BIC:
	EC-Karte:
	Zusätzlich verfügungsberechtigt:

FINANZEN / EINKOMMEN

Sparbuch / Sparkonto	Name und Anschrift der Bank / Sparkasse
	Sparbuchnummer:
	IBAN:
	BIC:
	EC-Karte:
Zusätzlich verfügungsberechtigt:	

Andere Vermögen	<input type="checkbox"/> Aktien
	<input type="checkbox"/> Wertpapiere
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Vermögensverwalter	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Name:
	Anschrift:
	Telefon:



FINANZEN / EINKOMMEN

Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Rentner / Versorgungsempfänger
Arbeitgeber	Name: Anschrift: Telefon:
Steuernummer	Finanzamt: Nummer:
Steuerberater	Name: Anschrift: Telefon:

FINANZEN / EINKOMMEN

Gesetzliche Rentenversicherung	Versicherungsnummer:
Betriebsrente / Zusatzversicherungen	Rentenversicherungsträger: Anschrift: Versicherungsnummer: Rentenversicherungsträger: Anschrift: Versicherungsnummer:
Beamtenversorgung	Versorgungsstelle: Anschrift: Personalnummer:
Grundsicherung nach SGB II	Versicherungsnummer:

VERSICHERUNGEN / VERTRÄGE

Privathaftpflichtversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
--------------------------------------	---

Unfallversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
---------------------------	---

Rechtsschutzversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
---------------------------------	---

Lebensversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
---------------------------	---

VERSICHERUNGEN / VERTRÄGE

Hausratversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
----------------------------	---

Gebäudeversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
----------------------------	---

Weitere Versicherungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
-------------------------------	---

Weitere Versicherungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
-------------------------------	---

VERSICHERUNGEN / VERTRÄGE

Weitere Versicherungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
-------------------------------	---

Weitere Versicherungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: Versicherungsnummer:
-------------------------------	---

WOHNEN

Immobilien-eigentum (selbstgenutzt)	Wohneigentum: <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Doppelhaus / Reihenhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung Anschrift:
--	---

Mietvertrag	Name des Vermieters: Anschrift des Vermieters: Telefon des Vermieters: Ablageort Mietvertrag:
--------------------	--



WICHTIGE TELEFON-NUMMERN UND INFOS

MUSTER-VORDRUCKE und HILFE	Verein für Betreuung und Selbsthilfe im Kreis Pinneberg, Hauptstraße 75 • 25462 Rellingen Tel: 04101 397 90 30 • www.btv-pbg.de Bundesministerium für Justiz – Service und Formulare www.bmj.de – Formulare
NOTFALL Rathaus Rellingen	Im Notfall braucht es Ansprechpartner, die helfen können oder Hilfe vermitteln. Tel: 04101 564 0 • www.rellingen.de
Freiwilligen Forum Rellingen e.V.	Tel: 04101 564 195 www.ff-rellingen.freiwilligenforum.de
Betreuungsverein Pinneberg e.V.	Kostenlose Beratung Tel: 04101 397 90 30 • www.btv-pbg.de

IMPRESSUM

Herausgeberin
Förderverein der Bürgerstiftung Rellingen
E-Mail: foerderverein@buergerstiftung-rellingen.de

Redaktion Anja Radtke, Heidi Langer

Grafisches Konzept und Layout
Sabine Kuhls-Dawideit • Büro für Grafik und Design
www.kuhls-dawideit.de

Fotos © Sabine Kuhls-Dawideit; © freepik

Der Rellinger Leitfaden für den Notfall

wurde vom Förderverein der Bürgerstiftung Rellingen erstellt. Er ersetzt keine rechtliche Beratung für die Vorgehensweise in einem Notfall, sondern dient lediglich als mögliche Handlungsgrundlage.

Es können keine Haftungsansprüche aus den vorstehenden Empfehlungen für die Vorgehensweise im Notfall hergeleitet werden.

Ferner steht Ihnen auch die kostenlose Beratung des Betreuungsvereins im Kreis Pinneberg e.V., Hauptstraße 75 in Rellingen zur Verfügung.

Telefon: 04101 3979030 • www.btv-pbg.de

INFOS ZUR BÜRGERSTIFUNG

Wir hoffen, dass wir Sie mit dieser Mappe dabei unterstützen können, einen tatsächlich eintretenden Notfall zu bewältigen und wünschen Ihnen alles Gute!

Geben Sie uns gern Rückmeldung, ob uns das gelungen ist. Auf diese Weise können wir diese Mappe bei einer möglichen erneuten Auflage weiter verbessern. Auch freuen wir uns über eine Unterstützung unserer Arbeit. Sie finden unsere Kontaktdaten im unteren Absatz.

Ihre
Bürgerstiftung Rellingen
Förderverein Bürgerstiftung Rellingen e.V.



Bürgerstiftung Rellingen
Hauptstraße 60 • 25462 Rellingen
Tel: 04101/564-0 • E-Mail: kontakt@buergerstiftung-rellingen.de
Bankverbindung: VR Bank in Holstein eG • IBAN: DE 62 2219 1405 0052 0520 42

Freunde und Förderer der Bürgerstiftung Rellingen e.V.
An der Rellau 15 • 25462 Rellingen
Tel: 04101200 779 • E-Mail: foerderverein@buergerstiftung-rellingen.de
Bankverbindung: VR Bank in Holstein eG • IBAN: DE 78 2219 1405 0020 2520 50



Weitere Informationen über Aktionen und Projekte der Bürgerstiftung Rellingen finden Sie auch hier:

Web: www.buergerstiftung-rellingen.de
Instagram: [buergerstiftung_rellingen](https://www.instagram.com/buergerstiftung_rellingen)

EIN PROJEKT DER
BÜRGERSTIFTUNG RELLINGEN UND DES

