

# Wittlager Land



Bohnte



# Notfallmappe

(Name, Vorname)

**Gemeinde Bad Essen, Gemeinde Bohnte  
und Gemeinde Ostercappeln**

# Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeder von uns kann ganz plötzlich - durch Krankheit oder Unfall - auf Hilfe angewiesen sein. Diese Mappe soll dazu beitragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörigen auf einen Notfall besser vorbereitet sind.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern. Die Mappe beinhaltet aber auch Vordrucke, auf denen Sie wichtige Informationen (z.B. Medikamentenpläne) und Anschriften eintragen können für den Fall, dass Sie in einer Notsituation keine Auskunft geben können. Eine Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung und eine Patientenvollmacht sind ebenfalls beigefügt.

Um die von Ihnen gemachten Angaben im Bedarfsfall zu aktualisieren, wurden alle Blätter so eingefügt, dass sie jederzeit ausgetauscht bzw. ergänzt werden können.

Weisen Sie auch Ihre Freunde, Nachbarn, Verwandten und Bekannten auf die Notfallmappe hin; diese ist nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für jüngere Personen gedacht.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Bürgermeister aus dem Wittlager Land



Günter Harmeyer  
Bgm. Gemeinde Bad Essen



Klaus Goedejohann  
Bgm. Gemeinde Bohmte



Rainer Ellermann  
Bgm. Gemeinde Ostercappeln

## Inhaltsverzeichnis

Wichtige Telefonnummern .....	3
Ansprechpartner im Notfall .....	4
Hausarzt/Krankenversicherung .....	5
Medizinische Daten .....	6
Medikamente und Einnahmezeiten .....	7
Ausweise .....	8
Sonstige Unterlagen .....	9
Adressen Beratungsstellen .....	10
Verträge und Versicherungen.....	11
Vorbereitende Maßnahmen Krankenhausaufenthalt .....	12
Notfallpass .....	13
Vorsorgevollmacht (Nds. Justizministerium) .....	Anlage
Patientenverfügung (SPES VIVA).....	Anlage

## Wichtige Telefonnummern

---

<b>Name/Institution</b>	<b>Telefonnummer</b>
<b>Rettungsdienst Notruf</b>	<b>112</b>
<b>Feuerwehr Notruf</b>	<b>112</b>
<b>Polizei Notruf</b>	<b>110</b>
<b>Giftnotruf</b>	<b>0551 – 192 40</b>
<b>Gemeindeverwaltungen</b>	
<b>Bad Essen</b>	<b>05472 – 401-0</b>
<b>Bohmte</b>	<b>05471 – 808-0</b>
<b>Ostercappeln</b>	<b>05473 – 9202-0</b>
<b>Ambulanter Pflegedienst</b>	
<b>Hausarzt</b>	
<b>Seelsorger</b>	

---

**Im Notfall benachrichtigen Sie bitte:**

Name: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon/Mobil: .....

*Sollte die genannte Person nicht erreichbar sein, dann wenden Sie sich bitte an:*

Name: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon/Mobil: .....

Einen Ersatzschlüssel hat: .....

Ich wünsche Beistand durch einen Seelsorger:  ja  nein

Meine Konfession: .....

Tel.-Nr. Kirchengemeinde: .....

Sonstiges

.....

.....

.....

Behandelnder Hausarzt: .....

Telefon: .....

Weitere behandelnde Ärzte:

..... Telefon: .....

..... Telefon: .....

Krankenkasse: .....

Versicherungsnummer  
evtl. Befreiungsausweis : .....

evtl. Zusatzversicherung: .....

Pflegekasse: .....

Pflegestufe 1 / 2 / 3 seit: .....

Schwerbehinderung:  ja  nein GdB: .....

Blutgruppe/Rhesusfaktor: .....

*(Bitte hinterlegen Sie einen Beleg in der Notfallmappe, z.B. Kopie des Blutspendeausweises)*

Im Notfall zu beachten:

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

## Medizinische Risikofaktoren

(Dosierung siehe Medikamenteneinnahme-Formular)

**Diabetiker**  ja  nein

Name des Insulins: .....

**Blutgerinnungshemmende Substanzen**  ja  nein

Namen der Medikamente: .....

.....

**Bronchial-Asthma**  ja  nein

Namen der Medikamente: .....

.....

**Allergien**  ja  nein

.....

.....

**Medikamenten-Unverträglichkeiten**  ja  nein

.....

### Weitere Beeinträchtigungen:

Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thromboseneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnprothese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronisches Organleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Medikamente und Einnahmezeiten

Name des Medikaments	Einnahmezeiten			
	morgens	mittags	abends	nachts



## **Ich bin Inhaber folgender Ausweise und Pässe:**

- Allergieausweis
- Brillenpass
- Blutspendeausweis
- Diabetikerausweis
- Herzschrittmacherausweis
- Implantatausweis
- Impfpass
- Marcumarausweis
- Organspendeausweis
- Röntgenausweis
- Schwerbehindertenausweis

Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, können in der Klarsichthülle abgelegt werden.

Alle übrigen Ausweise und den Notfallpass am Ende der Mappe sollten Sie in der Geldbörse bei sich tragen.

## Sonstige Unterlagen:

Die Kopien können in die Plastikhüllen am Ende der Mappe eingefügt bzw. der Aufbewahrungsort angegeben werden.

- Kopie des Personalausweises
- Sozialversicherungsunterlagen (ggfs. Aufbewahrungsort)
- Vollmachten (Bitte Aufbewahrungsort angeben, bzw. wer die Vollmacht besitzt)
  - Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung
  - Patientenverfügung
  - Kontovollmacht
  - Verfügung über den Todesfall

### Anmerkungen zu den nachfolgenden Formularen:

Hierbei handelt es sich um Mustervordrucke, die Sie nach Ihren persönlichen Vorstellungen und Wünschen ändern können. Wir empfehlen Ihnen, sowohl die Patientenverfügung als auch die Vorsorgevollmacht vollständig auszufüllen und alle zwei Jahre durch erneute Unterschrift zu bestätigen.

Im Sinne der Rechtsgültigkeit ist es ratsam, die Formulare amtlich beglaubigen zu lassen (nicht zwingend erforderlich).

Wer seine eigenen Angelegenheiten aufgrund des Alters, einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr ganz oder nur teilweise regeln kann, findet Hilfe und Vertretung im Rahmen der rechtlichen Betreuung.

Weitere Informationen erhalten Sie bei den Betreuungsstellen (siehe nachfolgende Seite).

## **Betreuungsstellen in Stadt und Landkreis Osnabrück**

### **Sozialdienst Katholischer Frauen – SKF**

Johannisstraße 91, 49074 Osnabrück

Herr Ludger Koopmann

Telefon: 0541/ 33876-22

[buero@skf-os.de](mailto:buero@skf-os.de)

### **Katholischer Verein für soziale Dienste e.V. – SKM**

Alte Poststraße 11, 49074 Osnabrück

Herr Georg Ciupka-Medeke

Telefon: 0541/ 33144-23

Herr Wolfgang Birke

Telefon: 0541/ 33144-20

### **Betreuungsverein im Diakonischen Werk des Kirchenkreises Osnabrück e.V.**

Turmstraße 21, 49074 Osnabrück

Frau Elke Eilers

Telefon: 0541/ 94020-21

### **Hilfe für Hörgeschädigte in Niedersachsen e.V.**

Knollstraße 96 49088 Osnabrück

Frau Birgit Otten

Telefon: 0541/ 18009-82

## **Landkreis Osnabrück**

Herr Egon Strunk

Am Schölerberg 1

49082 Osnabrück

[egon.strunk@Lkos.de](mailto:egon.strunk@Lkos.de)

Telefon: 0541/ 501-3038

Frau Doris Poppe

Am Schölerberg 1

49082 Osnabrück

[doris.poppe@Lkos.de](mailto:doris.poppe@Lkos.de)

Telefon: 0541/ 501-3438

**Stand 07/2012**

## Verträge und Versicherungen

Wir empfehlen Ihnen, eine Liste aller Versicherungspolicen zu erstellen und zu vermerken, wo sich diese befindet.

- Lebensversicherung
- Unfallversicherung
- Haftpflichtversicherung
- Hausratversicherung
- Feuerversicherung
- Gebäudeversicherung
- KFZ-Versicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Sonstige Versicherungen

Liste befindet sich .....

.....

Das Familienstammbuch befindet sich .....

.....

## Vorsorgende Entscheidungen für den Todesfall

- Es besteht eine Verfügung für den Todesfall. Sie ist hinterlegt bei .....
  - Es besteht eine Verfügung für den Bestattungswunsch. Sie ist hinterlegt bei .....
  - Es besteht ein Testament. Es ist hinterlegt bei .....
- .....

## **Im Fall einer stationären Aufnahme / eines Krankentransportes beachten Sie bitte folgende Ratschläge:**

- ➔ Informieren Sie die Hilfskräfte am Telefon über Ihren genauen Standort (präzise Adressenangabe, wenn möglich mit Wegbeschreibung).
- ➔ Wenn es Ihnen möglich ist (vor allem bei Dunkelheit), schalten Sie ein Außenlicht am Haus ein und/oder erleuchten Sie ein Fenster.
- ➔ Schaffen Sie Zugänge und Freiraum für die Hilfskräfte, bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).
- ➔ Leiten Sie Informationen an wichtige Personen weiter (evtl. Nachbarn wegen Haustieren / Post / Blumen / Pflegedienst).
- ➔ Überprüfen Sie die Ausstattung einer **Bereitschaftstasche**.

### **Ausstattung Bereitschaftstasche**

- Notfallmappe
- Morgenrock, Bademantel, evtl. Jogginganzug
- Toilettenartikel, Wasch- und Rasierzeug
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Hausschuhe, Strümpfe, Taschentücher
- gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- bisher einzunehmende Medikamente, wenn vorhanden mit Dosierung
- persönliche Gegenstände wie Buch, Foto, Zeitschriften
- Geld (nur geringer Betrag)
- Uhr oder Wecker
- bei Bedarf kleines Kopfkissen
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Krankenversicherungskarte, Krankenhauseinweisung

**Hier finden Sie den Notfallpass zum Ausschneiden für  
die Geldbörse.**

Notfallausweise bekommen Sie auch in Apotheken und bei verschiedenen Wohltätigkeitsverbänden sowie ggfs. im Internet.

**Notfallpass**

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

Bitte verständigen Sie

Telefon:

Mobil:

Diabetiker:

Blutgruppe:

Polizei 110

Rettungsdienst 112

Eventuell weitere Angaben auf der  
Rückseite

