



## Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

*„Vorbereitet sein für den Notfall!“*



Dazu möchte die Gemeinde Hilter a.T.W. beitragen und hat daher diese Notfallmappe erstellt. Jeder von uns, ob alt oder jung, kann durch Krankheit und Unfall ganz plötzlich auf Hilfe angewiesen sein.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern. In der Mappe befinden sich aber auch Vordrucke, auf denen Sie wichtige persönliche Informationen und Anschriften selber eintragen können. Auch ein Vordruck für eine Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung und eine Patientenverfügung ist enthalten. So können auch für den Fall, dass Sie in einer Notsituation keine Auskunft geben können, alle nötigen Informationen weitergegeben werden.

Alle Blätter sind so eingefügt, dass sie jederzeit ausgetauscht oder ergänzt werden können. Nehmen Sie sich die Zeit, die Notfallmappe vollständig auszufüllen. Erneuern Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie die Mappe gut sichtbar und leicht erreichbar auf. Weisen Sie auch Ihre Verwandten, Freunde, Bekannten und Nachbarn auf die Notfallmappe hin.

Im Notfall muss es schnell gehen und jede Information z.B. über Allergien oder einzunehmende Medikamente hilft den Rettungskräften. Diese Notfallmappe trägt dazu bei, dass Sie selbst, Ihre Angehörigen aber auch Ärzte und Hilfskräfte besser auf einen Notfall vorbereitet sind.

Ihr  
Marc Schewski  
Bürgermeister

Hilter am Teutoburger Wald  
Im Mai 2014



## Inhaltsverzeichnis

	SEITE
<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>2 - 3</b>
<b>Wichtige Telefonnummern</b>	<b>4</b>
<b>Im Notfall benachrichtigen</b>	<b>5</b>
<b>Medizinische Daten</b>	<b>6</b>
<b>Medizinische Risikofaktoren</b>	<b>7</b>
<b>Medikamente und Einnahmezeiten</b>	<b>8</b>
<b>Gesundheitsausweise</b>	<b>9</b>
<b>Sonstige Dokumente und Unterlagen</b>	<b>10</b>
<b>Verträge und Versicherungen</b>	<b>11</b>
<b>Vorsorge für Todesfall und Krankenhausaufenthalt</b>	<b>12</b>
<b>Ausstattung Bereitschaftstasche</b>	<b>13</b>
<b>Notfallpass für Geldbörse</b>	<b>14</b>



## Seite

**Anmerkungen zu den  
nachfolgenden Formularen**

**15**

**Betreuungsvereine in Stadt  
und Landkreis**

**16**

---

## **Anhang**

**Klarsichthülle mit Vorsorgevollmacht**

**Anhang Seite 1**

**Klarsichthülle für Betreuungsverfügung**

**Anhang Seite 2**

**Klarsichthülle für Patientenverfügung**

**Anhang Seite 3**

**Klarsichthülle für weitere Dokumente**

**Anhang Seite 4**

---



## Wichtige Telefonnummern

<b>Rettungsdienst</b>	<b>112</b>
<b>Feuerwehr</b>	<b>112</b>
<b>Polizei / Überfall</b>	<b>110</b>
<b>Gift-Notruf</b>	<b>0551-19240</b>
<b>Apotheken-Notdienst</b>	<b>0800-0022833</b>
<b>Notdienstambulanz</b> <b>Osnabrück, Bischofstr. 28</b>	<b>116117</b> <b>ODER 0541-961111</b>
<b>Telefonseelsorge</b>	<b>0800-1110222</b>
<b>Häusliche Gewalt</b>	<b>0800-0116016</b>
<b>Opferhilfe</b>	<b>0541-6008658</b>
<b>Gemeindeverwaltung</b>	<b>05424-2318-0</b>
<b>EC-Kartensperre</b>	<b>116116</b>
<b>Ambulanter Pflegedienst</b>	
<b>Hausarzt</b>	
<b>Seelsorger</b>	
<b>Sonstige</b>	



## Im Notfall benachrichtigen Sie bitte:

**Name:**

**Vorname:**

**Anschrift:**

**Telefon/Mobilnummer:**

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

**Name:**

**Vorname:**

**Anschrift:**

**Telefon/Mobilnummer:**

**Einen Ersatzschlüssel hat:**

**Behandelnder Hausarzt:**

**Telefon-Nr.:**

**Weitere behandelnde Ärzte:**

**Telefon-Nr.:**



## Medizinische Daten

Krankenversicherung:

Nr. der Versichertenkarte:

Evtl. Befreiungsausweis:

Evtl. Zusatzversicherung:

Pflegekasse:

Pflegestufe 1 / 2 / 3 seit:

Schwerbehinderung: ja/nein    GdB: \_\_\_\_\_    Merkzeichen:  
G        aG        H        RF        B        BI        GI

Blutgruppe/Rhesusfaktor:

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

Im Notfall zu beachten  
(z.B. Allergien, Glasknochen, Bluter, HIV):



## Medizinische Risikofaktoren

**Diabetiker:**

**Name des Insulins:**

**Dosierung:**

**Blutgerinnungshemmende Substanzen:  
Namen der Medikamente:**

**Bronchial-Asthma:  
Namen der Medikamente:**

**Medikamenten-Unverträglichkeiten:**

**Allergien:**

**Andere Erkrankungen/Hilfsmittel:**

- Schwerhörigkeit
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Zahnprothese
- Sehbehinderung
- Kontaktlinsen
- Dialysebehandlung
- Krampfleiden (z. B. Epilepsie)
- Chronisches Organleiden
- Thromboseneigung
- 

**Erfolgte Operationen:**





## Ich bin Inhaber folgender Ausweise und Pässe:

- Allergieausweis
- Brillenpass
- Blutspendeausweis
- Diabetikerausweis
- Herzschrittmacherausweis /  
Defibrillatorausweis
- Implantatausweis
- Impfpass
- Marcumar-Ausweis
- Organspendeausweis
- Röntgenausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Sonstiges:

**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 und evtl. eine Kopie der Ausweise in dieser Notfallmappe ablegen.**



## Sonstige Dokumente und Unterlagen:

Kopien von Dokumenten und Unterlagen können in die Plastikhüllen am Ende der Mappe eingefügt werden oder es sollte der Aufbewahrungsort angegeben werden.

- Kopie des Personalausweises
- Sozialversicherungsunterlagen (ggf. Aufbewahrungsort)
- Vollmachten  
(Bitte geben Sie den Aufbewahrungsort an, bzw. wer die Vollmacht besitzt.)
- Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung
- Kontovollmacht (beim Geldinstitut erhältlich)
- Verfügung für den Todesfall



## 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
- Sterbegeldversicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Sonstige Versicherungen

**Die Liste über die bestehenden Versicherungen befindet sich:**

**Das Familienstammbuch befindet sich:**



## Vorsorgende Entscheidungen für den Todesfall

- Es besteht ein Testament im Todesfall. Es ist hinterlegt bei:**
  
- Es besteht eine Verfügung für den Bestattungswunsch. Sie ist hinterlegt bei:**
  
- Es ist ein Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen 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 und stellen Sie diese auffällig bereit. Eine Checkliste finden Sie nachfolgend.



## 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**
- Pers. Gegenstände wie Buch, Foto, Zeitschriften**
- Geld (nur geringer Betrag) - Wertsachen werden im Krankenhaustresor hinterlegt**
- Uhr oder Wecker**
- Bei Bedarf kleines Kopfkissen**
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen**
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)**
- Krankenversicherungskarte, evtl. Zuzahlungsbefreiung**
- Krankenhauseinweisung**



## NOTFALLPASS

Für den Notfall in die Börse oder Brieftasche legen!

**Für den Notfall**  
in die Brieftasche legen!

**Polizei 110**      **Rettungsdienste**  
**Schlaganfall-Telefon 112**      **(Notarzt, Feuerwehr) 112**

**Mein Hausarzt:**

Name \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Mein Name / Vorname \_\_\_\_\_

Meine Adresse \_\_\_\_\_

Meine Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Meine Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Meine Kontaktpersonen in Notfällen**

Name \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Für den Notfall**  
in die Brieftasche legen!

**Polizei 110**      **Rettungsdienste**  
**Schlaganfall-Telefon 112**      **(Notarzt, Feuerwehr) 112**

**Mein Hausarzt:**

Name \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Mein Name / Vorname \_\_\_\_\_

Meine Adresse \_\_\_\_\_

Meine Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Meine Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Meine Kontaktpersonen in Notfällen**

Name \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Notfallpässe bekommen Sie auch in Apotheken und bei verschiedenen Wohlfahrtsverbänden sowie ggf. im Internet.



## **Anmerkungen zu den nachfolgenden Formularen:**

Hierbei handelt es sich um Mustervordrucke, die Sie nach Ihren persönlichen Vorstellungen und Wünschen abändern 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).

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



## Betreuungsvereine in Stadt und Landkreis Osnabrück

Sozialdienst Katholischer Frauen - SKF - Osnabrück  
Johannisstraße 9, 49074 Osnabrück  
Herr Ludger Koopmann  
Telefon: 0541/ 33876-22  
[buero@skf-os.de](mailto:buero@skf-os.de)

Sozialdienst Kath. Männer –SKM-  
Katholischer Verein für soziale Dienste e.V.  
Alte Poststraße 11, 49074 Osnabrück  
Herr Georg Ciupka-Medeke  
Telefon: 0541/ 33144-23

Betreuungsverein der Diakonie Osnabrück e.V.  
Lohstraße 11, 49074 Osnabrück  
Frau Elke Eilers  
Telefon: 0541/ 94049 220

Hilfe für Hörgeschädigte in Niedersachsen e.V.  
Knollstraße 96, 49088 Osnabrück  
Frau Jessica Sander  
Telefon: 0541/ 1 80 09 163

## Landkreis Osnabrück - Betreuungsstelle

Frau Kerstin Hellmann  
Am Schölerberg 1  
49082 Osnabrück  
Telefon: 0541 501 3438  
[Kerstin.Hellmann@Lkos.de](mailto:Kerstin.Hellmann@Lkos.de)

Herr Egon Strunk  
Am Schölerberg 1  
49082 Osnabrück  
Telefon: 0541 501 3038  
[Egon.Strunk@Lkos.de](mailto:Egon.Strunk@Lkos.de)