



# MAPPE FÜR DEN NOTFALL

für



Landratsamt  
Ebersberg

 LANDKREIS  
EBERSBERG

Polizei	110
Feuerwehr	112
Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern (außerhalb der Sprechzeiten)	116 117
Giftnotruf	089/ 19 240
Kreisklinik Ebersberg	08092/ 82-0
Hausarzt	
Ambulanter Pflegedienst	
Apotheke	
Apothekennotdienst (außerhalb der Öffnungszeiten) 0800/ 0022 833 (vom Festnetz kostenfrei)	
Polizeiinspektion Ebersberg	08092/ 826 8-0
Polizeiinspektion Poing	08121/ 991 7-0
EC-Kartensperrung	116 116
Stadt-/ Gemeindeverwaltung	
Pfarramt	

Strom-Notdienst	
Gas-Notdienst	
Wasser-Notdienst	
Katholische Telefonseelsorge	0800/ 1110 222
Evangelische Telefonseelsorge	0800/ 1110 111
Frauennotruf	08092/ 88 110

im Notfall benachrichtigen:

Name	Telefonnummer
Name	Telefonnummer

**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!



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

wenn man gut vorsorgt, gibt einem das ein Gefühl der Sicherheit.

Unfälle und Krankheiten sind nicht vorhersehbar und können in jedem Alter plötzlich eintreten, so dass es gut ist, wenn man die wichtigsten Informationen direkt zur Hand hat, um ausreichend und schnelle Hilfe zu bekommen.

Hierfür wurde von Seiten der Senioren- und Inklusionsbeauftragten mit Unterstützung der gemeindlichen Senioren- und Behindertenbeauftragten erstmals die Ihnen nun vorliegende Notfallmappe erstellt. Die Broschüre soll dazu beitragen, dass Sie und auch Ihre Angehörigen in unerwarteten Situationen besser vorbereitet sind.

Sie beinhaltet wichtige Adressen und Telefonnummern für den Notfall, aber auch zum Beispiel Möglichkeiten chronische Erkrankungen, Allergien und regelmäßig eingenommene Medikamente einzutragen.

In einem Notfall können diese Angaben lebensrettend für Sie sein.

Die Notfallmappe ist nur dann hilfreich, wenn Sie die Einträge regelmäßig überprüfen und alle Änderungen aktualisieren. Bitte bewahren Sie die Notfallmappe leicht erreichbar, möglichst gut sichtbar und griffbereit auf. Informieren Sie bitte auch Ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen, dass Sie eine Notfallmappe angelegt haben und teilen Sie ihnen den Aufbewahrungsort mit.

Ich bedanke mich bei allen Mitwirkenden für die Erstellung der Notfallmappe. Ich hoffe, dass diese Notfallmappe Ihnen ein gutes Gefühl gibt, Ihre wichtigen Dinge übersichtlich geregelt zu haben.

Mit den besten Grüßen



Robert Niedergesäß

Landrat

■	Wichtige Rufnummern_____	2
■	Grußwort_____	4
■	Persönliche Daten_____	7
■	Im Notfall zu benachrichtigen_____	8
■	Wer hat Schlüssel für meine Wohnung_____	10
■	Gesundheit – wichtige Adressen_____	11
■	Erkrankungen_____	14
■	Medikamente_____	15
■	Weitere wichtige medizinische Daten_____	15
■	Krankenhauseinweisung_____	16
■	Versicherungen_____	17
■	Rente/Versorgung_____	20
■	Finanzen_____	22
■	Steuer & Arbeitgeber_____	24
■	Bestehende Verträge_____	25
■	Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter_____	28
■	ImTodesfall_____	33
■	Kontakt und Impressum_____	38
■	Notfallpass_____ Umschlagklappe hinten	

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	
Konfession	Nationalität
Familienstand	Ehegatte/ Lebenspartner

### 1. Kontakt

Name	Vorname
Verwandtschaft/ Beziehung	
Telefonnummer (Arbeit)	Telefonnummer (privat)
Handy	E-Mail

### 2. Kontakt

Name	Vorname
Verwandtschaft/ Beziehung	
Telefonnummer (Arbeit)	Telefonnummer (privat)
Handy	E-Mail

### 3. Kontakt

Name	Vorname
Verwandtschaft/ Beziehung	
Telefonnummer (Arbeit)	Telefonnummer (privat)
Handy	E-Mail

### 4. Kontakt

Name	Vorname
Verwandtschaft/ Beziehung	
Telefonnummer (Arbeit)	Telefonnummer (privat)
Handy	E-Mail

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	Handy

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	Handy

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	Handy

Hausarzt

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handy

Weitere Ärzte

Name der Praxis	Fachrichtung
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handy

Name der Praxis	Fachrichtung
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handy

## Weitere Ärzte

Name der Praxis	Fachrichtung
-----------------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefonnummer	Handy
---------------	-------

Name der Praxis	Fachrichtung
-----------------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefonnummer	Handy
---------------	-------

Name der Praxis	Fachrichtung
-----------------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefonnummer	Handy
---------------	-------

## Zahnarzt

Name der Praxis	
-----------------	--

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefonnummer	Handy
---------------	-------

## Ambulanter Pflegedienst

Name der Praxis	
-----------------	--

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefonnummer	Handy
---------------	-------

## Apotheke

Name der Apotheke	
-------------------	--

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefonnummer	Handy
---------------	-------

**Chronische Erkrankungen**

Nein

Ja

**Allergien (auch auf Medikamente)**

Nein

Ja

Allergiepass Aufbewahrungsort

**Medizinische Implantate/ Transplantationen  
(künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, ...)**

Nein

Ja

**Medikamente (bitte regelmäßig aktualisieren)**

Name des Medikamentes	Einnahmezeit	Dosierung

**Weitere wichtige medizinische Daten**

Blutgruppe

Pflegestufe  nein  ja Stufe

Schwerbehinderung  nein  ja Grad

Ausweis gültig bis:

Organspendeausweis  
Aufbewahrungsort  nein  ja



**Was muss ich mitnehmen?**

- Krankenhauseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld
- Handy mit Ladegerät, Schreibutensilien, Lektüre
- Toilettenartikel
- Brille, Hörgerät, Gehhilfe, etc.
- bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan/  
Vorbefunde
- Nachtwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel
- spezielle Hilfsmittel

**Außerdem wichtig!**

- Wertsachen zu Hause lassen
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen
- ggf. Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt in die Wege  
leiten

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung**

privat

gesetzlich

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

**Beihilfe**

\_\_\_\_\_  
Bezügestelle Beihilfe

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
PK-Nummer

**Private Krankenzusatzversicherung**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

**Pflegeversicherung**

privat

gesetzlich

\_\_\_\_\_  
Pflegeversicherung

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

**Private Pflegezusatzversicherung**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

**Sonstige Versicherungen**

Folgende Versicherungen habe ich abgeschlossen

Haftpflichtversicherung

Hausratversicherung

Unfallversicherung

Lebensversicherung

Kfz- Versicherung

Feuer-/ Gebäudeversicherung

Sterbegeldversicherung

Aufbewahrungsort der Unterlagen

\_\_\_\_\_

**Rente/Versorgungsbezüge**

---

**Rentenrechnungsstelle/ Bezügestelle Versorgung**

---

**Telefonnummer****Versicherungsnummer****Betriebs-/Zusatzrente**

---

**Auszahlungsstelle**

---

**Telefonnummer****PK-Nummer****Hinterbliebenenrente/ -pension**

---

**Rentenrechnungsstelle/ Bezügestelle Versorgung**

---

**Telefonnummer****Versicherungsnummer****Sozialhilfe – Grundsicherung im Alter**

---

**Name der Behörde**

---

**Telefonnummer****Aktenzeichen****Private Rentenversicherung**

---

**Versicherungsgesellschaft**

---

**Telefonnummer****Versicherungsnummer****Sonstige Renten**

---

**Versicherungsgesellschaft**

---

**Telefonnummer****Versicherungsnummer**

---

**Versicherungsgesellschaft**

---

**Telefonnummer****Versicherungsnummer**

---

**Versicherungsgesellschaft**

---

**Telefonnummer****Versicherungsnummer**

## Girokonto

---

Name und Anschrift des Geldinstituts

---

IBAN

BIC

---

Für dieses Konto hat eine Vollmacht

## Weitere Konten

---

Name und Anschrift des Geldinstituts

---

IBAN

BIC

---

Für dieses Konto hat eine Vollmacht

---

Name und Anschrift des Geldinstituts

---

IBAN

BIC

---

Für dieses Konto hat eine Vollmacht

## Weitere Konten

---

Name und Anschrift des Geldinstituts

---

IBAN

BIC

---

Für dieses Konto hat eine Vollmacht

---

Name und Anschrift des Geldinstituts

---

IBAN

BIC

---

Für dieses Konto hat eine Vollmacht

---

Name und Anschrift des Geldinstituts

---

IBAN

BIC

---

Für dieses Konto hat eine Vollmacht

### Zuständiges Finanzamt

---

Name und Anschrift des Finanzamts

---

Telefonnummer

Steueridentifikationsnummer

### Arbeitgeber

---

Name und Anschrift des Arbeitgebers

---

Telefonnummer

Ansprechpartner

### Nebenberuf/ Nebenbeschäftigung

---

Name und Anschrift des Arbeitgebers

---

Telefonnummer

Ansprechpartner

### Ehrenamtliche Tätigkeit

---

Name und Anschrift der Institution

---

Telefonnummer

Ansprechpartner

### Bestehende Verträge

(Miete, Strom, Gas, Telefon, Internet,

Abonnements, Mitgliedschaften, ...)

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

---

Vertragsgegenstand

---

Name und Anschrift des Vertragspartners

---

Telefonnummer

Kunden-Nummer

Jeder von uns kann durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, dass er wichtige Angelegenheiten seines Lebens nicht mehr selbstverantwortlich regeln kann.

Wissen Sie, wer für Sie entscheidet, wenn Sie dies selbst nicht mehr können?

In nur zwei Fällen kann man für einen Volljährigen - auch wenn es sich um einen Angehörigen handelt - rechtsverbindliche Entscheidungen treffen und rechtsverbindliche Erklärungen abgeben:

Mit einer Vollmacht oder als gerichtlich bestellter Betreuer.

**Lassen Sie sich vor der Erteilung einer Vollmacht unbedingt beraten!**

Kostenfreie, neutrale und kompetente Beratung zu Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, gesetzlicher Betreuung und Betreuungsverfügung erhalten Sie von:

**Brücke Ebersberg e.V., Bärbel Baumann**

Dr.-Wintrich-Str. 5, 85560 Ebersberg

Telefon 08092/ 860 1160

E-Mail: baerbel.baumann@bruecke-ebersberg.de

Telefonsprechzeit: Di 10-12 Uhr, Do 16-18 Uhr

**BTV Ebersberg/ Erding e.V., Claudia Grote**

Herzog-Ludwig-Str. 20, 85570 Markt Schwaben

Telefon: 08121/ 439 130

E-Mail: info@btv-ebe.de

Telefonsprechzeit: Mo12-15 Uhr, Do 10-13 Uhr

**Landratsamt Ebersberg, Betreuungsstelle**

Eichthalstraße 5, 85560 Ebersberg

Telefon: 08092/ 823 381

E-Mail: betreuungsstelle@lra-ebe.de

Die Betreuungsstelle des Landratsamtes ist auch öffentliche Beglaubigungsstelle für Ihre Vorsorgevollmacht. Die Kosten belaufen sich auf 10.-€ pro Vollmacht.

Bitte sprechen Ihre Beratungsstelle an, wenn es Ihnen nicht mehr möglich ist, selbst dorthin zu kommen.

### Ich habe eine Vorsorgevollmacht/ Betreuungsverfügung

Nein

Ja

1. Person

Adresse

Telefon/ E-Mail

2. Person

Adresse

Telefon/ E-Mail

Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung Aufbewahrungsort

### Ich habe eine Patientenverfügung

Nein

Ja

Patientenverfügung Aufbewahrungsort

Ganz egal wie Sie sich entscheiden - ob Sie jemanden bevollmächtigen, eine Betreuungsverfügung erstellen oder gar nichts regeln. Sie sollten in jedem Fall Dinge, die Ihnen wichtig sind; Gewohnheiten; Kontaktwünsche u.ä. kurz niederschreiben. Dies kann

**beispielsweise** sein:

- bevorzugte Einrichtungen bei notwendigen Wohnungswechsel
- bevorzugte Hilfen im Pflegefall
- Kontakte zu anderen
- regelmäßige Geschenke/Spenden an andere
- Umgang mit/Verwertung von Vermögen und Wertgegenständen

**Nur so stellen Sie sicher, dass die Person, die Verantwortung für Sie übernimmt weiß, was sie tun soll. Denn – ob Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer – in beiden Fällen besteht die Pflicht, Ihre Wünsche soweit als möglich zu berücksichtigen**





## Was bei einem Todesfall zu beachten ist

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen meistens schwer einen klaren Kopf zu behalten. Die nachfolgende Auflistung kann Ihnen helfen, die wichtigsten Schritte einzuleiten.

### 1. Bestattung:

- Todesbescheinigung vom Arzt ausstellen lassen
- Bestattungsunternehmer beauftragen
- Sterbeurkunde am Standesamt des Sterbeortes spätestens am 3. Werktag mehrfach beantragen (erforderliche Unterlagen im Vorfeld erfragen)
- Kirchengemeinde verständigen
- Beerdigungstermin festlegen
- Traueranzeigen in Zeitung(en) aufgeben
- Trauerkarten bestellen und versenden

### 2. Informieren:

- Nächste Angehörige
- Arbeitgeber
- Krankenkasse(n)
- Rentenversicherung/ Pensionsstelle
- Lebens-/ Sterbegeldversicherung
- Bank(en)

### 3. Wohnung:

- Mietwohnung/ Garage kündigen
- Wohnungsauflösung vorbereiten
- Schlussablesungen für Strom, Gas, Wasser, Heizung veranlassen

**4. Nachlassangelegenheiten** (zuständig ist das Nachlassgericht am Wohnort des Verstorbenen):

- Erbschein (falls benötigt) beantragen
- Testament (falls vorhanden) abgeben

### 5. Kündigen/ Abmelden/ Umschreiben:

- Versicherungen
- Mitgliedschaften
- Abonnements
- E-Mail Accounts, Accounts in sozialen Netzwerken etc.
- Radio/ TV
- Telefon/ Handy
- KFZ
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Viele der hier aufgelisteten Aufgaben können Sie auch einem Bestattungsunternehmen übertragen. Dies ist möglicherweise mit entsprechenden Kosten verbunden.



## Für fachliche Fragen

### Sabine Stöhr

Seniorenbeauftragte

Landratsamt Ebersberg

Eichthalstraße 5, 85560 Ebersberg

Tel: 08092/ 823 277 Fax: 08092/ 823 9277

Mail: [sabine.stoehr@lra-ebe.de](mailto:sabine.stoehr@lra-ebe.de)



## Für Bestellungen

Landratsamt Ebersberg, Vorzimmer Abteilung S

Eichthalstraße 5, 85560 Ebersberg

Tel: 08092/ 823 199, Fax: 08092/ 823 9199

Mail: [vorzimmer-abteilung2@lra-ebe.de](mailto:vorzimmer-abteilung2@lra-ebe.de)

## Impressum

Landratsamt Ebersberg

Eichthalstraße 5, 85560 Ebersberg

Telefon: 08092/ 823-0, Fax: 08092/ 823 210

E-Mail: [poststelle@lra-ebe.de](mailto:poststelle@lra-ebe.de), Web: [www.lra-ebe.de](http://www.lra-ebe.de)

Titelbild Umschlag Vorderseite:

© VRD / fotolia.com

Layout und Herstellung:

Jochen Bückers, Anzing, [www.gestaltung-aus-leidenschaft.de](http://www.gestaltung-aus-leidenschaft.de)

Druck:

Offsetdruck Brummer GmbH, Markt Schwaben, [www.brummer-druck.de](http://www.brummer-druck.de)

Druckweiterverarbeitung:

Diegmann Bückers GmbH, Anzing, [www.diegmann-bueckers.de](http://www.diegmann-bueckers.de)



**bersberger NOTFALLPASS**


---

**Allergien / Unverträglichkeiten**


---

**Chronische Krankheiten**


---

**Regelmäßige Medikamente**


---

**Hausarzt** **Telefonnummer/ Handy**

**bersberger NOTFALLPASS**


---

**Allergien / Unverträglichkeiten**


---

**Chronische Krankheiten**


---

**Regelmäßige Medikamente**


---

**Hausarzt** **Telefonnummer/ Handy**

**bersberger NOTFALLPASS**


---

**Allergien / Unverträglichkeiten**


---

**Chronische Krankheiten**


---

**Regelmäßige Medikamente**


---

**Hausarzt** **Telefonnummer/ Handy**


**bersberger NOTFALLPASS**


---

**Name, Vorname** **Geburtsdatum**
**Im Notfall benachrichtigen:**


---

**Name** **Telefonnummer/ Handy**


---

**Name** **Telefonnummer/ Handy**

**bersberger NOTFALLPASS**


---

**Name, Vorname** **Geburtsdatum**
**Im Notfall benachrichtigen:**


---

**Name** **Telefonnummer/ Handy**


---

**Name** **Telefonnummer/ Handy**

**bersberger NOTFALLPASS**


---

**Name, Vorname** **Geburtsdatum**
**Im Notfall benachrichtigen:**


---

**Name** **Telefonnummer/ Handy**


---

**Name** **Telefonnummer/ Handy**

