

  

|  |  |
| --- | --- |
|  Notfallmappefür

|  |
| --- |
|       |

 |

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

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

Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von Unfällen sowie Krankheiten bis hin zum fortgeschrittenen Alter. In solchen Situationen kann es vorkommen, dass der eigene Wille vorübergehend oder sogar dauerhaft nicht mehr zum Ausdruck gebracht werden kann.

Ihre Angehörigen und ihre Vertrauensperson stehen in solchen Momenten oft unter Schock und hier soll Ihre persönliche Notfallmappe helfen, die alle notwendigen Daten und Informationen enthalten, dass z.B. der Arzt und Rettungsdienst Ihnen im Ernstfall schnell helfen kann.

Informieren Sie Ihre Vertrauenspersonen über das Vorhandensein einer solchen Mappe und bewahren Sie sie dort auf, wo sie im Notfall leicht zugänglich ist.

Überprüfen Sie regelmäßig Ihre Eintragungen, damit Erkrankungen, Medikamente, Allergien usw. immer auf dem aktuellsten Stand sind.

Hilfe beim Ausfüllen der Vordrucke erhalten Sie bei den Mitgliedern des Seniorenbeirates.

Zusätzlich zur gedruckten Form steht Ihnen die Notfallmappe auch im Internet unter www.seniorenbeirat-norderstedt.de zur Verfügung.

Elke Christina Roeder Angelika Kahlert

Oberbürgermeisterin Vorsitzende des Seniorenbeirates

 der Stadt Norderstedt

# Inhalt

Inhaltsverzeichnis

[Inhalt 3](#_Toc44596117)

[Wichtige Rufnummern (Stand Juli 2020) 5](#_Toc44596118)

[Weitere wichtige Rufnummern 6](#_Toc44596119)

[Persönliche Daten erstellt am: 7](#_Toc44596121)

[Kinder 8](#_Toc44596122)

[Im Notfall zu benachrichtigen 9](#_Toc44596123)

[Im Notfall zu beachten 9](#_Toc44596124)

[Krankenversicherung/en 10](#_Toc44596125)

[Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung 10](#_Toc44596126)

[Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung 10](#_Toc44596127)

[Hausarzt 11](#_Toc44596128)

[Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin: 11](#_Toc44596129)

[Apotheke: 11](#_Toc44596130)

[Mein ambulanter Pflegedienst: 12](#_Toc44596131)

[Ärztliche Behandlungen - ambulant – 13](#_Toc44596132)

[Medikamente 14](#_Toc44596133)

[Zahnärztliche Behandlungen 15](#_Toc44596134)

[Klinische Behandlungen - stationär – 15](#_Toc44596135)

[Weitere medizinische Daten 16](#_Toc44596136)

[Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung 18](#_Toc44596137)

[Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung 19](#_Toc44596138)

[**Andere Verfügungen nach meinem Tode:** 20](#_Toc44596139)

[**Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:** 21](#_Toc44596140)

[Versicherungen 22](#_Toc44596141)

[Lebensversicherung 22](#_Toc44596142)

[Unfallversicherung 22](#_Toc44596143)

[Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung 22](#_Toc44596144)

[Weitere Versicherungen 23](#_Toc44596145)

[Privathaftpflichtversicherung 23](#_Toc44596146)

[Hausratversicherung 23](#_Toc44596147)

[Feuerversicherung 23](#_Toc44596148)

[Weitere Versicherungen 24](#_Toc44596149)

[Gebäudeversicherung 24](#_Toc44596150)

[Privatrechtschutzversicherung 24](#_Toc44596151)

[Verkehrsrechtschutzversicherung 24](#_Toc44596152)

[Weitere Versicherungen 25](#_Toc44596153)

[Kraftfahrzeugversicherung - erstes Fahrzeug - 25](#_Toc44596154)

[Insassenunfallversicherung 25](#_Toc44596155)

[Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer 27](#_Toc44596156)

[Erwerbstätigkeit 27](#_Toc44596157)

[Als Arbeitnehmer 27](#_Toc44596158)

[Als Selbständiger (Gewerbe, Frei Berufe, Landwirtschaft) 27](#_Toc44596159)

[Nebenberuf / Nebentätigkeit 28](#_Toc44596160)

[Rente / Vorsorge 29](#_Toc44596161)

[Gesetzliche Rentenversicherung 29](#_Toc44596162)

[Betriebsrente / Zusatzversicherungen 29](#_Toc44596163)

[Beamtenversorgung 30](#_Toc44596164)

[Finanzen 31](#_Toc44596165)

[Girokonten 31](#_Toc44596166)

[Sparkonten 31](#_Toc44596167)

[Weitere Konten 31](#_Toc44596168)

[Bankschließfach 32](#_Toc44596169)

[Bausparverträge 32](#_Toc44596170)

[Verbindlichkeiten 33](#_Toc44596171)

[Grund- und Immobilieneigentum 34](#_Toc44596172)

[Bestehende Verträge 35](#_Toc44596173)

[Bestehende Abonnements 37](#_Toc44596174)

[Fahrzeuge 38](#_Toc44596175)

[Mitgliedschaften 39](#_Toc44596176)

[Für den Todesfall 40](#_Toc44596177)

[Notizen 42](#_Toc44596178)

# Wichtige Rufnummern (Stand Juli 2020)

**Bei Notruf, nicht vergessen den Ortsnamen NORDERSTEDT zu nennen.**

|  |  |
| --- | --- |
| Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall) | 110 |
| Feuerwehr | 112 |
| Rettungsdienst / Notarzt | 112 |
| Ärztlicher Notdienst Norderstedt | 116 117 |
| Asklepios Klinik Nord – Heidberg - Tangstedter Landstr. 400, Hamburg | 1818 - 87 3449 |
| Kassenärztlicher Notdienst | 18 18 - 87 32 53 |
| Kinderärztlicher Notdienst von 10 bis 24 Uhr | 18 18 - 87 32 52 |
| Kinderärztlicher Notdienst von 24 bis 10 Uhr | 18 18 - 87 34 49 |
| Psychiatrische -ZNA (Notaufnahme) – Ochsenzoll -Langenhorner Chaussee 560 - Haus 5 – EG -22419 Hamburg | 18 18 - 87 2143 |
| Paracelsus Klinik, Wilstedter Str. 134, Henstedt-Ulzburg | 04193 70-0 |
| Augenärztlicher Notdienst, Kreis Segeberg | 01805 119292 |
| Giftnotruf (Giftinformationszentrum Nord) | 0551 - 19240 |
| Praxisklinik –Herzzentrum – Heidbergstr.98, Norderstedt  | 525 950-0 |
| Zahnärztlicher Notdienst (Freitags von 1800 Uhr bis Montag 0700 Uhr) | 528 32 16 |
| Krankenwagen | 525 34 11040 |
| Polizeirevier und KriminalpolizeiaußenstelleEuropaallee 24, 22850 Norderstedt | 528 06 - 0 |
| Polizeistation Norderstedt – Mitte – Rathausallee 78, 22846 Norderstedt | 535 36 20  |
| Polizeistation Norderstedt – Ost – Müllerstraße 2a, 22851 Norderstedt | 524 03 89  |
| Tierärztlicher Notdienst | 547 97 90  |
| Tierschutz Norderstedt e.V.Ernst-Carl-Abbe-Gang 12, 22846 Norderstedt | 526 18 78 |
| Tierschutz Kreis Segeberg e.V. Eschenweg 61, 24558 Henstedt-Ulzburg | 04193 - 918 33 |

# Weitere wichtige Rufnummern

**Bei Notruf, nicht vergessen den Ortsnamen NORDERSTEDT zu nennen.**

|  |  |
| --- | --- |
| Opfer-Notruf und Info-Telefon  | 01803 343434 |
| Telefonseelsorge* Evangelisch
* Katholisch
 | 0800 11101110800 1110222 |
| EC-Kartensperrung | 116 116 |
| Stadtwerke Norderstedt* Störungen Strom / Gas / Wasser
 | 521 04–112 |
| Verbraucherzentrale Norderstedt | 52 38 455 |
| Telefonauskunft | 11833 |
| Weißer Ring (Opferhilfe) kostenlos | 116 006 |
| Psychologische Beratungsstelle | 523 73 80  |
| Notruf bei Missbrauch – Hilfe für Kinder | 0800 – 111 0 333 |
| Notruf bei Missbrauch – Hilfe für Eltern | 0800 – 111 0 550  |
| Deutsche Rentenversicherung | 0800 1000 480 22 |
| Pflegestützpunkt Norderstedt, Heidbergstraße 28 | 528 83 830 |
| Frauenhaus Norderstedt | 5 29 66 77 |
| Drogen- und SuchtberatungKohfurth 1, 22850 Norderstedt | 523 32 22 |
| ADAC-Pannenhilfe – Notrufzentrale | 01802 - 222222 |
| Autoversicherer (Zentralruf) | 0180 - 25026 |
| Pro FamiliaKielort 51, 22850 Norderstedt | 522 85 78 |
|       |       |
|       |       |

#

#  Persönliche Daten erstellt am:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname/n** |       |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Geburtsort** |       |
| **Straße, Hausnummer** |       |
| **PLZ, Wohnort** |       |
| **Telefonnummer** |  |
| **Handy** |       |
| **E-Mail-Adresse** |       |
| **Konfession** |  |
| **Kirchengemeinde** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Familienstand** |  |
| **Ehegatte: Name, Vorname/n** |       |
| **Evtl. früherer Name des Ehegatten** |  |
| **Wohnung des Ehegatten** |       |
| **Telefonnummer des Ehegatten** |  |
| **Handy des Ehegatten** |       |
| **Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils** |
|       |

|  |
| --- |
| **Raum für weitere Anmerkungen** |
|       |

## Kinder

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname/n** |       |
| **Geburtsdatum** |       |
| **Geburtsort** |       |
| **Straße, Hausnummer** |       |
| **PLZ, Wohnort** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Handy** |       |
| **E-Mail-Adresse** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname/n** |       |
| **Geburtsdatum** |       |
| **Geburtsort** |       |
| **Straße, Hausnummer** |       |
| **PLZ, Wohnort** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Handy** |       |
| **E-Mail-Adresse** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname/n** |       |
| **Geburtsdatum** |       |
| **Geburtsort** |            |
| **Straße, Hausnummer** |       |
| **PLZ, Wohnort** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Handy** |       |
| **E-Mail-Adresse** |       |

# Im Notfall zu benachrichtigen

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname/n** |       |
| **Straße, Hausnummer** |       |
| **PLZ, Wohnort** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Handy** |       |
| **E-Mail-Adresse** |       |
| **Telefax** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname/n** |       |
| **Straße, Hausnummer** |       |
| **PLZ, Wohnort** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Handy** |       |
| **E-Mail-Adresse** |       |
| **Telefax** |       |

## Im Notfall zu beachten

|  |
| --- |
| **Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:** |
|       |

|  |
| --- |
| **Sonstiges** |
|       |

# Krankenversicherung/en

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Krankenkasse** |       |
| **Anschrift** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Nr. der Versicherungskarte** |       |
| **Versicherungskarte befindet sich** |       |

## Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** |       |
| **Anschrift** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** |       |
| **Anschrift** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

# Hausarzt

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Praxis** |  |
| **Straße, Hausnummer** |  |
| **PLZ, Wohnort** |  |
| **Telefonnummer** |  |
| **Handy** |  |

# Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Praxis** |  |
| **Fachrichtung** |  |
| **Telefonnummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Praxis** |  |
| **Fachrichtung** |  |
| **Telefonnummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Praxis** |  |
| **Fachrichtung** |  |
| **Telefonnummer** |  |

# Apotheke:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Apotheke** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Telefax / E-Mail** |       |

# Mein ambulanter Pflegedienst:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift des Pflegedienstes** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Telefax / E-Mail** |       |

#

# Ärztliche Behandlungen - ambulant –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum****von / bis****Jahr / Jahr** | **Grund der ärztlichen Behandlung****(Diagnose)** | **Name des****behandelnden****Arztes** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Medikamente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name des Medikaments** | **Einnahmezeit** |  **seit** |
|  | **morgens** | **mittags** | **abends** | **dem** |
| Blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar) |       |       |       |  |
|  |  |  |  |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
|       |  |       |       |  |

# Zahnärztliche Behandlungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum****von / bis** | **Grund der zahnärztlichen Behandlung****(Diagnose)** | **Name des****behandelnden****Arztes** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

# Klinische Behandlungen - stationär –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum****von / bis** | **Grund des klinischen Aufenthaltes****(Diagnose)** | **Name des****behandelnden****Arztes** |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |

# Weitere medizinische Daten

|  |  |
| --- | --- |
| **Blutgruppe** |       |
| **Blutspenderausweis** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Impfungen** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Impfbuch vorhanden** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Impfbuch befindet sich** |       |
| **Impfung gegen** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allergien** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Allergiepass vorhanden** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Allergiepass befindet sich** |       |
| **Allergie gegen** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diabetes** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Welcher Typ** | **[ ]  Typ1** | **[ ]  Typ2** |  |
| **Insulin** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** | **Zeitschema siehe Seite 13** |
| **Tabletten** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Ausweis vorhanden** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Ausweis befindet sich** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anfallsleiden** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Nähere Beschreibung** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HIV** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Nähere Beschreibung****Seit wann** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schwerbehinderungen** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Grad der Behinderung und Merkzeichen** |       |
| **Art der Behinderung** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Implantate** | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| **Art des Implantats****(z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transplantationen** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Art der Transplantation und weitere Angaben** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organspenderausweis** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Ausweis befindet sich** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Röntgenpass** | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |  |
| **Ausweis befindet sich** |       |

|  |
| --- |
| **Sonstiges** |
|       |

# Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

* **Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des**
* **Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten angeben.**
* **(Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)**
* **Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)**
* **Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen**

* **Kleinere Möbel, (wie Tische und Stühle, wegräumen)**
* **Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung**
* **Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringen Betrag)**
* **Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe**
* **Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe**
* **Bisher einzunehmende Medikamente mitgeben**
* **Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen**
* **evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)**
* **Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)**
* **ggf. Pflegedienst benachrichtigen**

# Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

**[ ]  Vorsorgevollmacht**

 **Ich habe am** **\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ eine Vorsorgevollmacht errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** |       |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** |
| **Name, Vorname:** |       |
| **Anschrift:** |       |
| **Telefon / E-Mail:** |       |
| **Notariell beurkundet:**  |
| **Name, Anschrift:** |       |

**[ ]  Betreuungsverfügung**

 **Ich habe am** **\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ eine Betreuungsverfügung errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** |       |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** |
| **Name, Vorname:** |  |
| **Anschrift:** |       |
| **Telefon / E-Mail:** |       |
| **Notariell beurkundet:**  |
| **Name, Anschrift:** |       |

**[ ]  Patientenverfügung**

 **Ich habe am** **\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ eine Patientenverfügung errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** |       |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** |
| **Name, Vorname:** |       |
| **Anschrift:** |       |
| **Telefon / E-Mail:** |       |
| **Notariell beurkundet:** |
| **Name, Anschrift:** |       |

**Formulare hierzu gibt es unter** [**http://www.bmjv.de/DE/Themen/Gesellschaft/Patientenverfuegung/patientenverfuegung\_node.html**](http://www.bmjv.de/DE/Themen/Gesellschaft/Patientenverfuegung/patientenverfuegung_node.html)

**[ ]  Bestattungsvorsorge**

 **Ich habe am** **\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ eine Bestattungsvorsorge errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** |       |
| Bestattungsunternehmer: |
| **Name:** |       |
| **Anschrift:** |       |
| **Telefon / E-Mail:** |       |
| **eingezahlter Betrag:** |       |
| **am:** |       |
| **bei:** |       |

**Andere Verfügungen nach meinem Tode:**

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

**Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:**

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

# Versicherungen

## Lebensversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Unfallversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** **Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Weitere Versicherungen

## Privathaftpflichtversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** **Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Hausratversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Feuerversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |       |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Weitere Versicherungen

## Gebäudeversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** **Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Privatrechtschutzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Verkehrsrechtschutzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Weitere Versicherungen

## Kraftfahrzeugversicherung - erstes Fahrzeug -

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer/n** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |
| **Versichertes Fahrzeug** |       |

* **zweites Fahrzeug -**

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befindest sich** |       |
| **Versichertes Fahrzeug** |       |

### Insassenunfallversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Versicherungsagentur / Makler****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

**Sonstige Versicherungen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wichtige Angaben:**Versicherungsart, Versicherungsgesellschaft,(Anschrift/Agentur),Versicherungsnummer |       |

**Folgende Versicherungen können bzw. müssen gekündigt werden:**

|  |  |
| --- | --- |
| **a)** |       |
| **b)** |       |
| **c)** |       |
| **d)** |       |
| **e)** |       |
| **f)** |       |
| **g)** |       |
| **h)** |       |

# Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

|  |  |
| --- | --- |
| **Steuernummer** |       |
|  **-Identifikationsnummer** |       |

# Erwerbstätigkeit

# Als Arbeitnehmer

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Personalnummer** |       |
| **Sozialversicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Als Selbständiger (Gewerbe, Frei Berufe, Landwirtschaft)

|  |  |
| --- | --- |
| **Art der Selbständigkeit** |       |
| **Anschrift der Firma** |       |
| **Zuständiges Finanzamt** |       |
| **Steuernummer** |       |
| **Handelsregister** |       |
| **Weitere Angaben** |       |

##

## Nebenberuf / Nebentätigkeit

|  |  |
| --- | --- |
| **Beschreibung der Tätigkeit** |       |
| **Weitere Angaben** |       |
|  |       |
|  |       |

#

# Rente / Vorsorge

## Gesetzliche Rentenversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Rentenversicherungsträger****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Bescheid/e vom** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grundsicherung nach SGB II / XII**  | **[ ]  ja** | **[ ]  nein** |

## Betriebsrente / Zusatzversicherungen

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Arbeitgeber** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Versicherungsnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

##

## Beamtenversorgung

|  |  |
| --- | --- |
| **Pensionsfestsetzende Behörde****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Personalnummer/****Aktenzeichen** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

#

# Finanzen

## Girokonten

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut****Name und Anschrift** |  |
| **IBAN** |       |
| **BIC** |       |
| **EC-Karte / Kredit Karte** |       |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut****Name und Anschrift** |  |
| **IBAN** |       |
| **BIC** |       |
| **EC-Karte / Kredit Karte** |       |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** |       |

## Sparkonten

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut****Name und Anschrift** |  |
| **IBAN** |       |
| **BIC** |       |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Weitere Konten

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut****Name und Anschrift** |  |
| **IBAN** |       |
| **BIC** |       |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |
| **Geldinstitut****Name und Anschrift** |  |
| **IBAN** |       |
| **BIC** |       |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Bankschließfach

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut****Name und Anschrift** |  |
| **Schließfachnummer** |       |
| **Bankleitzahl** |       |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** |       |
| **Unterlagen und Schlüssel befinden sich:** |       |

## Bausparverträge

|  |  |
| --- | --- |
| **Bausparkasse****Name und Anschrift** |  |
| **Bausparnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bausparkasse****Name und Anschrift** |  |
| **Bausparnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

## Verbindlichkeiten

|  |  |
| --- | --- |
| **Darlehensgeber****Name und Anschrift** |  |
| **Betrag** |       |
| **Fälligkeit** |       |
| **Tilgung** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Darlehensgeber****Name und Anschrift** |  |
| **Betrag** |       |
| **Fälligkeit** |       |
| **Tilgung** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Darlehensgeber****Name und Anschrift** |  |
| **Betrag** |       |
| **Fälligkeit** |       |
| **Tilgung** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Darlehensgeber****Name und Anschrift** |  |
| **Betrag** |       |
| **Fälligkeit** |       |
| **Tilgung** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

# Grund- und Immobilieneigentum

|  |  |
| --- | --- |
| **Art des Grundbesitzes**(z.B. Wiese, Wald Fischteich)Bzw.**Art der Immobilie**(z.B. Wohnhaus, Garage) |       |
| **Anschrift** |       |
| **Flur-Nr. / Gemarkung** |       |
| **Angaben zum Grundbucheintrag****(Amtsgericht,** **Datum des Eintrags)** |       |
| **Eigentumsverhältnis** | **[ ]**  | **Alleineigentum** | **[ ]**  | **Miteigentümer** |
| **Name / Anschrift des/der****Miteigentümer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Art des Grundbesitzes**(z.B. Wiese, Wald Fischteich)Bzw.**Art der Immobilie**(z.B. Wohnhaus, Garage) |       |
| **Anschrift** |       |
| **Flur-Nr. / Gemarkung** |       |
| **Angaben zum Grundbucheintrag****(Amtsgericht,** **Datum des Eintrags)** |       |
| **Eigentumsverhältnis** | **[ ]**  | **Alleineigentum** | **[ ]**  | **Miteigentümer** |
| **Name / Anschrift des/der****Miteigentümer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

# Bestehende Verträge

**z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Wasser, Telefon, Internet, GEZ usw.**

**- Bitte denken Sie auch an Ihre Abo-Verträge fürs Internet mit Kennwort-**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |       |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |       |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |       |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |  |
| **Unterlagen befinden sich** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

# Bestehende Abonnements

**z.B. Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, Internet usw.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Abonnement** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |  |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |       |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |       |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** |       |
| **Vertragspartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |
| **Unterlagen befinden sich** |       |

# Fahrzeuge

|  |  |
| --- | --- |
| **Fahrzeugart**(z.B. PKW, LKW, Motorrad) |       |
| **Hersteller, Typ** |       |
| **Amtliches Kennzeichen** |       |
| **Regelmäßiger Standort** |       |
| **KFZ-Brief befindet sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fahrzeugart**(z.B. PKW, LKW, Motorrad) |       |
| **Hersteller, Typ** |       |
| **Amtliches Kennzeichen** |       |
| **Regelmäßiger Standort** |       |
| **KFZ-Brief befindet sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fahrzeugart**(z.B. PKW, LKW, Motorrad) |       |
| **Hersteller, Typ** |       |
| **Amtliches Kennzeichen** |       |
| **Regelmäßiger Standort** |       |
| **KFZ-Brief befindet sich** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fahrzeugart**(z.B. PKW, LKW, Motorrad) |       |
| **Hersteller, Typ** |       |
| **Amtliches Kennzeichen** |       |
| **Regelmäßiger Standort** |       |
| **KFZ-Brief befindet sich** |       |

# Mitgliedschaften

**In Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** |       |
| **Ansprechpartner****Name und Anschrift** |       |
| **Telefonnummer** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** |  |
| **Ansprechpartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** |  |
| **Ansprechpartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** |       |
| **Ansprechpartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** |       |
| **Ansprechpartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** |       |
| **Ansprechpartner****Name und Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |       |

# Für den Todesfall

**Mein Testament ist hinterlegt bei:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Anschrift** |       |
| **Telefonnummer** |       |

**Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen.**

**Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.**

1. **Todesfall zu Hause: (Haus-) Arzt benachrichtigen, der den Totenschein ausstellt.**
2. **Nächste Angehörige benachrichtigen.**
3. **Egal ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen**

**oder nicht, Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:**

* **Personalausweis und/oder Reisepass**
* **Totenschein**
* **Geburtsurkunde**
* **Heiratsurkunde**
* **ggf. Scheidungsurteil**
* **ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners**
* **Krankenversicherungskarte**
* **Versicherungspolicen: Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherung**
* **Post / Bankvollmacht über den Tod hinaus**
* **Mitteilung der letzten Rentenanpassung**
* **Falls vorhanden, Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag**
1. **Folgende Formalitäten sind zu erledigen:**
* **ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen**
* **Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt**
* **Änderungsantrag für Rentenauszahlung (siehe Seite 34)**
* **Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde**
* **Beantragung des Erbscheines beim zuständigen Amtsgericht (ggf. Testament vorlegen)**
* **Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.**
* **Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften, etc.)Vereinen und Verbänden**
* **Kündigung von Gas, Strom, Wasser, Telefon, Internet, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen.**
* **ggf. Haushaltsauflösung veranlassen.**
1. **Zu organisieren sind:**
* **Art und Durchführung der Bestattung**
* **Überführung des Leichnams durch den Bestatter**
* **(Sterbeurkunde beifügen)**
* **Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente (Rentenversicherungsträger)**
* **Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten**
* **ggf. Pflegedienst benachrichtigen**

**Änderungsantrag für die Rentenauszahlung finden Sie unter:**

[**www.deutsche-rentenversicherung.de**](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

**Formulare für die Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung können Sie finden beim Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz unter:**

[**www.bmjv.de**](http://www.bmjv.de)

**Ferner steht Ihnen auch die kostenlose Beratung der Betreuungsbehörde Kreis Segeberg zur Verfügung unter:**

[**www.segeberg.de**](http://www.segeberg.de)

# Notizen

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Die Notfallmappe konnte mit Unterstützung des Seniorenbeirates der Stadt Bad Segeberg erstellt werden, die uns freundlicherweise die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt hat.**

**Die Notfallmappe wurde vom Seniorenbeirat der Stadt Norderstedt, unter Berücksichtigung der Belange der Stadt Norderstedt, mit größter Sorgfalt erstellt.**

**Für eventuelle Fehler kann weder die Stadt Norderstedt noch der Seniorenbeirat verantwortlich oder haftbar gemacht werden.**

**Bitte beachten Sie, dass die eingetragenen Daten nur die Personen Ihres Vertrauens zu lesen bekommen.**

**Wir empfehlen eine gesonderte „Medizinische Notfallmappe“ aus den**

**Seiten 5-18 zu drucken bzw. zu kopieren, die Sie in der Nähe vom Telefon griffbereit zur Verfügung haben.**

**Der Seniorenbeirat hat seine Sprechstunden im Rathaus in der Passage jeden Dienstag von 10:00 Uhr bis 12:00 Uhr und jeden Donnerstag von 14:30 Uhr bis 16:30 Uhr.**

**Telefon: 535 95 – 521 (außerhalb der Bürostunden haben wir einen Anrufbeantworter geschaltet, wir rufen zurück)**

**An jedem 3. Mittwoch im Monat finden die öffentlichen Sitzungen des Seniorenbeirates im Rathaus statt, wir freuen uns auf Gäste.**

**Besuchen sie auch unsere Homepage**

[**www.seniorenbeirat-norderstedt.de**](http://www.seniorenbeirat-norderstedt.de)



**Mit der freundlichen Unterstützung der Norderstedter Bank eG, des Lions Club Norderstedt, der AWO Schleswig-Holstein gGmbH, Norderstedt und der Sparkassen-Stiftung Holstein, Bad Oldesloe konnte die dritte Auflage der Notfallmappe ermöglicht werden. Wir bedanken uns recht herzlich für die Spenden.**

  



 

**Stand: Juli 2016 – Version 3.00**