



|  |  |
| --- | --- |
| Familien  Notfallmappe  für   |  | | --- | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

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

Durch Unfälle, Krankheiten oder auch durch fortschreitendes Alter entstehen Situationen, in

denen Betroffene unkomplizierte Hilfe durch Angehörige und Vertrauenspersonen benötigen.

Diese Notfallmappe hilft, weil Sie hier alle wichtigen Daten eintragen können, damit Ihnen im Ernstfall schnell geholfen werden 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.badsegeberg.de seniorenbeirat.html zur Verfügung.

Bad Segeberg, im Dezember 2014

Dieter Schönfeld Karin Am Wege

Bürgermeister Vorsitzende des Seniorenbeirats

Inhalt

[Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger 2](#_Toc404783690)

[Wichtige Rufnummern 5](#_Toc404783691)

[Persönliche Daten 6](#_Toc404783692)

[Kinder 7](#_Toc404783693)

[Im Notfall zu benachrichtigen 8](#_Toc404783694)

[Im Notfall zu beachten 8](#_Toc404783695)

[Krankenversicherung/en 9](#_Toc404783696)

[Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung 9](#_Toc404783697)

[Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung 9](#_Toc404783698)

[Hausarzt 10](#_Toc404783699)

[Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin: 10](#_Toc404783700)

[Apotheke: 10](#_Toc404783701)

[Mein ambulanter Pflegedienst: 10](#_Toc404783702)

[Ärztliche Behandlungen - ambulant – 11](#_Toc404783703)

[Medikamente 12](#_Toc404783704)

[Zahnärztliche Behandlungen 13](#_Toc404783705)

[Klinische Behandlungen - stationär – 13](#_Toc404783706)

[Weitere medizinische Daten 14](#_Toc404783707)

[Blutgruppe 14](#_Toc404783708)

[Impfungen 14](#_Toc404783709)

[Allergien 14](#_Toc404783710)

[Diabetes 14](#_Toc404783711)

[Anfallsleiden 14](#_Toc404783712)

[HIV 14](#_Toc404783713)

[Schwerbehinderungen 15](#_Toc404783714)

[Implantate 15](#_Toc404783715)

[Transplantationen 15](#_Toc404783716)

[Organspenderausweis 15](#_Toc404783717)

[Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung 16](#_Toc404783718)

[Weitere Versicherungen 17](#_Toc404783719)

[Lebensversicherung 17](#_Toc404783720)

[Unfallversicherung 17](#_Toc404783721)

[Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung 17](#_Toc404783722)

[Privathaftpflichtversicherung 18](#_Toc404783723)

[Hausratversicherung 18](#_Toc404783724)

[Feuerversicherung 18](#_Toc404783725)

[Gebäudeversicherung 19](#_Toc404783726)

[Privatrechtschutzversicherung 19](#_Toc404783727)

[Verkehrsrechtschutzversicherung 19](#_Toc404783728)

[Kraftfahrzeugversicherung - erstes Fahrzeug - 20](#_Toc404783729)

[Insassenunfallversicherung 20](#_Toc404783730)

[Rente / Vorsorge 22](#_Toc404783731)

[Gesetzliche Rentenversicherung 22](#_Toc404783732)

[Zusatzversicherungen 22](#_Toc404783733)

[Beamtenversorgung 22](#_Toc404783734)

[Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer 23](#_Toc404783735)

[Erwerbstätigkeit 23](#_Toc404783736)

[Als Arbeitnehmer 23](#_Toc404783737)

[Als Selbständiger (Gewerbe, Frei Berufe, Landwirtschaft) 23](#_Toc404783738)

[Nebenberuf / Nebentätigkeit 23](#_Toc404783739)

[Finanzen 24](#_Toc404783740)

[Girokonten 24](#_Toc404783741)

[Sparkonten 24](#_Toc404783742)

[Weitere Konten 25](#_Toc404783743)

[Bankschließfach 25](#_Toc404783744)

[Bausparverträge 26](#_Toc404783745)

[Verbindlichkeiten 26](#_Toc404783746)

[Grund- und Immobilieneigentum 27](#_Toc404783747)

[Bestehende Verträge 28](#_Toc404783748)

[Bestehende Abonnements 30](#_Toc404783749)

[Fahrzeuge 31](#_Toc404783750)

[Mitgliedschaften 32](#_Toc404783751)

[Für den Todesfall 33](#_Toc404783752)

[Änderungsantrag für die Rentenauszahlung 34](#_Toc404783753)

[Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung 34](#_Toc404783755)

[Notizen 35](#_Toc404783756)

# Wichtige Rufnummern

|  |  |
| --- | --- |
| **Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)** | **110** |
| **Feuerwehr** | 112 |
| **Rettungsdienst / Notarzt** | 112 |
| **Ärztlicher Bereitschaftsdienst S-H** | 116 117 |
| **Giftnotruf** | 0551 19240 |
| **Herzklinik Segeberg** | 04551 802-4801 |
| **Segeberger Kliniken** | 04551 801-1100 |
| **Neurologie Segeberg** | 04551 802-9998 |
| **Telefonseelsorge**   * **Evangelisch** * **Katholisch** | 0800 1110111  0800 1110222 |
| **Opfer-Notruf und Info-Telefon** | 01803 343434 |
| **EC-Kartensperrung** | 116 116 |
| **EWS Bad Segeberg**   * **Störung Strom** * **Störung Gas / Wasser** | 04551 89390000 |
| **Verbraucherzentrale Schleswig Holstein** | 0431 59099-0 |
| **Telefonauskunft** | 11833 |
| **Weißer Ring (Opferhilfe) kostenlos** | 116006 |
| **Deutsche Rentenversicherung** | 0800 1000 480 22 |
| **Pflegestützpunkt Bad Segeberg** | 04551 955112 |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Persönliche Daten

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Konfession** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kirchengemeinde** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

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

|  |
| --- |
| **Raum für weitere Anmerkungen** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Persönliche Daten**

## Kinder

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Im Notfall zu benachrichtigen

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefax** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefax** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Im Notfall zu beachten

|  |
| --- |
| **Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Sonstiges** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Krankenversicherung/en

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Krankenkasse** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Nr. der Versicherungskarte** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungskarte befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Hausarzt

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Praxis** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handy** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Praxis** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Praxis** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Praxis** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Apotheke:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift**  **der Apotheke** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefax** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Mein ambulanter Pflegedienst:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift**  **des Pflegedienstes** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefax** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Ärztliche Behandlungen - ambulant –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum**  **von / bis**  **J J J J / J J J J** | **Grund der ärztlichen Behandlung**  **(Diagnose)** | **Name des**  **behandelnden**  **Arztes** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Medikamente

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name des Medikaments** | **Einnahmezeit** | | |  |
|  | **morgens** | **mittags** | **abends** |  |
| Blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar) |  |  |  |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |

# 

# Zahnärztliche Behandlungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum**  **von / bis** | **Grund der zahnärztlichen Behandlung**  **(Diagnose)** | **Name des**  **behandelnden**  **Arztes** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Klinische Behandlungen - stationär –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum**  **von / bis** | **Grund des klinischen Aufenthaltes**  **(Diagnose)** | **Name des**  **behandelnden**  **Arztes** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Weitere medizinische Daten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Blutgruppe | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Impfungen | **ja** | **nein** |  |
| **Impfbuch vorhanden** | **ja** | **nein** |  |
| **Impfbuch befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Impfung gegen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Allergien | **ja** | **nein** |  |
| **Allergiepass vorhanden** | **ja** | **nein** |  |
| **Allergiepass befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Allergie gegen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diabetes | **ja** | **nein** |  |
| **Welcher Typ** | **Typ1** | **Typ2** |  |
| **Insulin** | **ja** | **nein** | **Zeitschema siehe Seite 7** |
| **Tabletten** | **ja** | **nein** |  |
| **Ausweis vorhanden** | **ja** | **nein** |  |
| **Ausweis befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anfallsleiden | **ja** | **nein** |  |
| **Nähere Beschreibung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HIV | **ja** | **nein** |  |
| **Nähere Beschreibung**  **Seit wann** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schwerbehinderungen | **ja** | **nein** |  |
| **Grad und Art der Behinderung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Implantate | **ja** | **nein** |  |
| **Art des Implantats**  **(z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Transplantationen | **ja** | **nein** |  |
| **Art der Transplantation und weitere Angaben** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organspenderausweis | **ja** | **nein** |  |
| **Ausweis befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |
| --- |
| **Sonstiges –ggfs. zusätzliches Blatt benutzen** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

**Vorsorgevollmacht**

**Ich habe am** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**eine Vorsorgevollmacht errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** | |
| **Name, Vorname:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon / E-Mail:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Notariell beurkundet:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Name, Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Betreuungsverfügung**

**Ich habe am** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**eine Betreuungsverfügung errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** | |
| **Name, Vorname:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon / E-Mail:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Notariell beurkundet:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Name, Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Patientenverfügung**

**Ich habe am** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**eine Patientenverfügung errichtet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufbewahrungsort:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:** | |
| **Name, Vorname:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon / E-Mail:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Notariell beurkundet:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Name, Anschrift:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Weitere Versicherungen

## Lebensversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Begünstigter** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Unfallversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Weitere Versicherungen**

## Privathaftpflichtversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Hausratversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Feuerversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Weitere Versicherungen**

## Gebäudeversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Privatrechtschutzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Verkehrsrechtschutzversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Weitere Versicherungen**

## Kraftfahrzeugversicherung - erstes Fahrzeug -

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer/n** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versichertes Fahrzeug** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

* **zweites Fahrzeug -**

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befindest sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versichertes Fahrzeug** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

### Insassenunfallversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Örtl. Versicherungsagentur** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Weitere Versicherungen**

**Sonstige Versicherungen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wichtige Angaben:**  Versicherungsart, Versicherungsgesellschaft,  (Anschrift/Agentur),  Versicherungsnummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Folgende Versicherungen können gekündigt werden:**

|  |  |
| --- | --- |
| **a)** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **b)** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **c)** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **d)** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **e)** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Rente / Vorsorge

## Gesetzliche Rentenversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Rentenversicherungsträger** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bescheid/e vom** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Zusatzversicherungen

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Versicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Beamtenversorgung

|  |  |
| --- | --- |
| **Pensionsfestsetzende**  **Behörde** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Personalnummer/**  **Aktenzeichen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

|  |  |
| --- | --- |
| **Steuernummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **-Identifikationsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Erwerbstätigkeit

# Als Arbeitnehmer

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Personalnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Sozialversicherungsnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Art der Selbständigkeit** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift der Firma** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Zuständiges Finanzamt** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Steuernummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Handelsregister** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Weitere Angaben** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Nebenberuf / Nebentätigkeit

|  |  |
| --- | --- |
| **Beschreibung der Tätigkeit** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Weitere Angaben** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Finanzen

## Girokonten

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontonummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bankleitzahl** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **IBAN** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **BIC** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontonummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bankleitzahl** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **IBAN** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **BIC** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Sparkonten

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontonummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bankleitzahl** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **IBAN** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **BIC** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Finanzen**

## Weitere Konten

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontonummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bankleitzahl** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **IBAN** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **BIC** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontonummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bankleitzahl** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **IBAN** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **BIC** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Bankschließfach

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldinstitut** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Schließfachnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bankleitzahl** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Zusätzlich verfügungsberechtigt** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen und Schlüssel befinden sich:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Finanzen**

## Bausparverträge

|  |  |
| --- | --- |
| **Bausparkasse** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bausparnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bausparkasse** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bausparnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Verbindlichkeiten

|  |  |
| --- | --- |
| **Darlehensgeber** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Betrag** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fälligkeit** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Tilgung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Darlehensgeber** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Betrag** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fälligkeit** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Tilgung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Grund- und Immobilieneigentum

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

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

# Bestehende Verträge

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Gas / Wasser / Strom** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **GEZ** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Überweisungen / Abbuchungen** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Restmüll** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Telefon / Internet** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vertragsgegenstand** | **Garage** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Wohnung** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Camping** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Zweitwohnung** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Autoleasing** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Bestehende Abonnements

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Abonnement** | **Segeberger Zeitung** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | **Lübecker Nachrichten** |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgegenstand** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vertragspartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterlagen befinden sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Fahrzeuge

|  |  |
| --- | --- |
| **Fahrzeugart**  (z.B. PKW, LKW, Motorrad) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Hersteller, Typ** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Amtliches Kennzeichen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Regelmäßiger Standort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **KFZ-Brief befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fahrzeugart**  (z.B. PKW, LKW, Motorrad) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Hersteller, Typ** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Amtliches Kennzeichen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Regelmäßiger Standort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **KFZ-Brief befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fahrzeugart**  (z.B. PKW, LKW, Motorrad) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Hersteller, Typ** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Amtliches Kennzeichen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Regelmäßiger Standort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **KFZ-Brief befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fahrzeugart**  (z.B. PKW, LKW, Motorrad) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Hersteller, Typ** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Amtliches Kennzeichen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Regelmäßiger Standort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **KFZ-Brief befindet sich** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Mitgliedschaften

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** | **Sportverein** |
| **Ansprechpartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** | **ADAC** |
| **Ansprechpartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** | **Siedlergemeinschaft** |
| **Ansprechpartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ansprechpartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ansprechpartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitglied bei** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ansprechpartner** | **Name und Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Für den Todesfall

**Mein Testament ist hinterlegt bei:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**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

Klicken Sie auf das PDF-Symbol

# 



# 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**

# Notizen

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**dd**

**Diese Notfallmappe ist mit Unterstützung des Seniorenbeirates der Stadt Nortorf zustande gekommen. Die Unterlagen wurden freundlicherweise dem Seniorenbeirat**

**der Stadt Bad Segeberg zur Verfügung gestellt. Diese wurden auf die Belange der Stadt**

**Bad Segeberg vom Seniorenbeiratsmitglied Horst Rönnau angepasst.**

**Seniorenbeirat der Stadt Bad Segeberg**

**Karin Am Wege (Vorsitzende)**

**Tel.: 04551 84280**

**Der Seniorenbeirat hat:**

**Jeden Mittwoch von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr seine Sprechstunde im Rathaus Raum 1.19. Telefon: 04551 964416**

**Jährlich finden vier öffentliche Sitzungen statt.**

**Besuchen Sie auch unsere Seniorenwoche, die immer im April stattfindet.**

****