



In Eutin – für Eutin

# Notfallmappe

für



von Ihren Senioren- und  
Behindertenbeauftragten der Stadt Eutin

STADT  
EUTIN

# Inhalt

Wichtige Rufnummern (Stand November 2019).....	3
Persönliche Daten erstellt am: .....	5
Im Notfall zu benachrichtigen: .....	6
Im Notfall zu beachten .....	6
Krankenversicherung .....	7
Hausarzt.....	7
Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin: .....	7
Apotheke:.....	8
Mein ambulanter Pflegedienst: .....	8
Ärztliche Behandlungen.....	8
Medikamente .....	9
Weitere medizinische Daten .....	10
Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung.....	12
Versicherungen .....	13
Lebensversicherung.....	13
Unfallversicherung.....	13
Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung.....	13
Privathaftpflichtversicherung.....	14
Privatrechtsschutzversicherung.....	14
Steuernummer/ Steuer-Identifikationsnummer .....	15
Erwerbstätigkeit.....	15
Rente/ Pension/ Vorsorge .....	15
Grund- und Immobilieneigentum .....	16
Bestehende Verträge .....	17
Bestehende Abonnements .....	18
Mitgliedschaften .....	19
Für den Todesfall.....	20
Notizen .....	21
Anmerkungen zum Schluss... ..	22

## Wichtige Rufnummern (Stand November 2019)

Senioren- und Behindertenbeauftragte	
Brigitte Schmidt-Künzel	04521 – 1355
Johannes-Georg Beitz	04521 – 72727

Notfallnummern	
Polizei* (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	110
Feuerwehr*	112
Rettungsdienst / Notarzt*	112
Giftnotruf*	0551 – 19240

**\*Bei Notruf immer den Ortsnamen EUTIN nennen.**

Krankenhäuser und Notdienste	
Sana Klinik (Hospitalstr. 22, 23701 Eutin)	04521 – 787 0
Sankt Elisabeth-Krankenhaus (Plöner Str. 42, 23701 Eutin)	04521 – 802 0
Ärztlicher Notdienst	116 117 (kostenlos) 04521 – 19292
Zahnärztlicher Notdienst OH Nord	04521 – 44542

Ambulante Pflegedienste	
AKA Pflegedienst GmbH	04521 – 7099 00
DRK Pflegeteam Holsteinische Schweiz	04521 – 761 3778
Johanniter Unfallhilfe e.V.	04521 – 79190
Alloheim (ehemals Pro Talis)	04521 – 7740
Pflege-Stützpunkt im Kreis Ostholstein, Eutin	04521 – 830 6630

Weitere Notfallnummern	
Deutsches Rotes Kreuz – Rettungsdienst Waldstr. 6, 23701 Eutin	04521 – 80030
Kriminalpolizeistelle Eutin / Polizeirevier Eutin	04521 – 8010
Notruf-Fax für Menschen mit Behinderung (Landespolizei)	0431 – 1605555
Sperr-Notruf (Karten & elektronische Berechtigungen)	116 116

Sozialeinrichtungen	
Amber e.V. Freundeskreis und Förderer des alten- und behindertengerechte Lebens	04521 - 778700
Betreuungsverein Ostholstein e.V. Beratung und Information zur gesetzlichen Betreuung, Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung	04521 – 7613449
Bürgerhilfe e.V., Seniorenbetreuung	04521 - 40 17 91
Eutiner Bürgertreff	04521 - 78 93 28
Hospizinitiative Eutin e.V.	04521 – 79 07 76
Sozialverband Deutschland Kreisverband OH	04521 – 28 77

Personenbeförderung	
NAH.SH-Kundenzentrum Eutin	04521 – 69331155
Krankentransportdienst des Kreises Ostholstein Eutin	04521 – 19222
Taxi Sven Petrick Sven's Taxen (Taxiunternehmen)	04521 – 4040 04521 – 4050
Taxi Sommer John	04521 – 5555
Taxi Claudia Wiese Taxi Wiese (Taxiunternehmen)	04521 – 4000 04521 – 4455

**Persönliche Daten**

erstellt am:

<b>Name</b>	
<b>Vorname/n</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Geburtsort</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Wohnort</b>	
<b>Telefonnummer/ Handy</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Konfession</b>	
<b>Kirchengemeinde</b>	

<b>Familienstand</b>	
<b>Ehegatte: Name, Vorname/n</b>	
<b>Wohnung des Ehegatten</b>	
<b>Telefonnummer des Ehegatten</b>	
<b>Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils</b>	

<b>Raum für weitere Anmerkungen</b>

### Im Notfall zu benachrichtigen:

<b>Name</b>	
<b>Vorname/n</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Wohnort</b>	
<b>Telefonnummer / Handy</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Telefax</b>	

<b>Name</b>	
<b>Vorname/n</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Wohnort</b>	
<b>Telefonnummer / Handy</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Telefax</b>	

### Im Notfall zu beachten

<b>Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:</b>

<b>Sonstiges</b>

## Krankenversicherung

<b>Name der Krankenkasse</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Nr. der Versicherungskarte</b>	
<b>Versicherungskarte befindet sich</b>	

## Hausarzt

<b>Name der Praxis</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Wohnort</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Handy</b>	

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

<b>Name und Anschrift der Praxis</b>	
<b>Fachrichtung</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

<b>Name und Anschrift der Praxis</b>	
<b>Fachrichtung</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

<b>Name und Anschrift der Praxis</b>	
<b>Fachrichtung</b>	
<b>Telefonnummer</b>	







## Weitere medizinische Daten

<b>Blutgruppe</b>			
<b>Blutspenderausweis</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Impfungen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Impfbuch vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Impfbuch befindet sich</b>			

<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Allergiepass vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Allergiepass befindet sich</b>			
<b>Allergie gegen</b>			

<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Welcher Typ</b>	<input type="checkbox"/> Typ1	<input type="checkbox"/> Typ2	
<b>Insulin (siehe Medikamente)</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Tabletten</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

<b>Anfallsleiden</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Nähere Beschreibung</b>			

<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Nähere Beschreibung Seit wann</b>			

<b>Schwerbehinderungen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Grad der Behinderung und Merkzeichen</b>			
<b>Art der Behinderung</b>			

<b>Implantate</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)</b>			

<b>Transplantationen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Art der Transplantation und weitere Angaben</b>			

<b>Organspendeausweis</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Ausweis befindet sich</b>			

<b>Röntgenpass</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Ausweis befindet sich</b>			

<b>Sonstiges</b>

## 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)

## Versicherungen:

### Lebensversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift</b>	
<b>Örtl. Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

### Unfallversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift</b>	
<b>Örtl. Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

### Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift</b>	
<b>Örtl. Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

## Privathaftpflichtversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift</b>	
<b>Örtl. Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

## Privatrechtsschutzversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift</b>	
<b>11Örtl. Versicherungsagentur / Makler</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

## Sonstige Versicherungen

<b>Wichtige Angaben:</b> Versicherungsart, Versicherungsgesellschaft, (Anschrift/ Agentur), Versicherungsnummer	
---	--

## Steuernummer/ Steuer-Identifikationsnummer

Steuernummer	
Identifikationsnummer	

## Erwerbstätigkeit

Arbeitgeber Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Personalnummer	
Sozialversicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Rente/ Pension/ Vorsorge

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

Grundsicherung nach SGB II / XII	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

## Sonstige Einkünfte

--

## Grund- und Immobilieneigentum

<b>Art des Grundbesitzes</b> (z.B. Wiese, Wald Fischteich) Bzw. <b>Art der Immobilie</b> (z.B. Wohnhaus, Garage)			
<b>Anschrift</b>			
<b>Flur-Nr. / Gemarkung</b>			
<b>Angaben zum Grundbucheintrag</b> (Amtsgericht, Datum des Eintrags)			
<b>Eigentumsverhältnis</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Alleineigentum</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miteigentümer</b>
<b>Name / Anschrift des/der Miteigentümer</b>			
<b>Unterlagen befinden sich</b>			

<b>Art des Grundbesitzes</b> (z.B. Wiese, Wald Fischteich) Bzw. <b>Art der Immobilie</b> (z.B. Wohnhaus, Garage)			
<b>Anschrift</b>			
<b>Flur-Nr. / Gemarkung</b>			
<b>Angaben zum Grundbucheintrag</b> (Amtsgericht, Datum des Eintrags)			
<b>Eigentumsverhältnis</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Alleineigentum</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miteigentümer</b>
<b>Name / Anschrift des/der Miteigentümer</b>			
<b>Unterlagen befinden sich</b>			



## Bestehende Verträge

(Mietverträge, Strom, Gas, Wasser, Telefon, Internet, GEZ usw.)

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

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

## Bestehende Abonnements

(Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, Internet usw.)

<b>Abonnement</b>	
<b>Vertragspartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Unterlagen befinden sich</b>	

## Sonstiges

--

## Mitgliedschaften

(In Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.)

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner Name und Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

## Für den Todesfall

### Mein Testament ist hinterlegt bei:

<b>Name</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

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
  - Geburts- und Heiratsurkunde (ggf. Scheidungsurteil)
  - ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
  - Krankenversicherungskarte
  - Versicherungspolizen: Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherung
  - Post / Bankvollmacht über den Tod hinaus
  - Mitteilung der letzten Rentenanpassung
  - Falls vorhanden, Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag
4. 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.
5. 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

## Wo finde ich was im Internet?

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)

Kostenlose Beratung des Betreuungsverein Ostholstein e.V. zur Verfügung unter:



[www.betreuungsverein-oh.de](http://www.betreuungsverein-oh.de)

## Notizen

## **Anmerkungen zum Schluss...**

Diese Notfallmappe ist mit Unterstützung der Senioren- und Behindertenbeauftragten der Stadt Eutin, Frau Brigitte Schmidt-Künzel und Herr Johannes-Georg Beitz, entstanden. Die Basis-Unterlagen wurden freundlicherweise vom Seniorenbeirat Norderstedt zur Verfügung gestellt.

Für eventuelle Fehler können weder die Stadt Eutin noch die Seniorenbeauftragten verantwortlich oder haftbar gemacht werden.

## **Ansprechpartner**

Für die Umsetzung der Notfallmappe ist die Stabsstelle Gemeindeverfassung und Gremienbetreuung der Stadt Eutin verantwortlich, die für Rückfragen und Änderungsvorschläge zur Verfügung steht.

Telefon: 04521 – 793-174  
Fax: 04521 – 793-4174  
E-Mail: [gremien@eutin.de](mailto:gremien@eutin.de)

## **Kontakt**

**per E-Mail:**  
[gremien@eutin.de](mailto:gremien@eutin.de)

**Schriftlich (Kontakt im Rathaus):**  
Rathaus Stadt Eutin  
Senioren- und Behindertenbeauftragte  
Stabsstelle Gemeindeverfassung und Gremienbetreuung  
Markt 1  
23701 Eutin

**Direkter Telefonkontakt zu den Senioren- und Behindertenbeauftragten:**  
Frau Brigitte Schmidt-Künzel 04521 - 1355  
Herr Johannes-Georg Beitz 04521 - 72727