



**Senioren-Union**

**CSU**

# Notfallmappe

**Einheitliche Notrufnummer:**

**112**



# Inhaltsverzeichnis

1. Persönliche Daten
2. Im Notfall zu benachrichtigen
3. Krankenversicherung / Pflegeversicherung
4. Gesundheit – wichtige Adressen
  - 4.1 Hausarzt
  - 4.2 Weiterer Arzt meines Vertrauens
  - 4.3 Zahnarzt
  - 4.4 Ambulanter Pflegedienst
  - 4.5 Apotheke
5. Medizinische Daten / Erkrankungen
  - 5.1 Gegenwärtige Erkrankungen
  - 5.2 Allergien (auch Medikamente)
  - 5.3 Medizinische Implantate (künstliche Gelenke, Schrittmacher etc.)
  - 5.4 Ambulante Behandlungen
  - 5.5 Stationäre Behandlungen
  - 5.6 Operationen
  - 5.7 Behinderung
6. Medikamente
7. Gepackte Tasche bei Krankenhauseinweisung
8. Vorsorgevollmacht
9. Patientenverfügung
10. Rechtliche Absicherung der Angaben

## 1. Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:	Handynummer:
E-Mail-Adresse:	
Konfession:	Kirchengemeinde:
Familienstand:	Früherer Name:
Tag und Ort (Standesamt) der Eheschließung/Lebenspartnerschaft:	
Bei Scheidung – Datum:	Gericht:

### Angaben zu Ehegatte / Ehegattin bzw. Lebenspartner /Lebenspartnerin:

Name:	Vorname:
Evtl. früherer Name:	
Anschrift (falls abweichend):	
Telefonnummer:	Handynummer:
Sonstiges (z.B. Sterbedatum bei Ableben):	

## 2. Im Notfall zu benachrichtigen

Name:		Vorname:
Geburtstag:	Geburtsort:	(Verwandschafts-)Verhältnis:
Adresse:		
Telefonnummer:		Handynummer:

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

Name:		Vorname:
Geburtstag:	Geburtsort:	(Verwandschafts-)Verhältnis:
Adresse:		
Telefonnummer:		Handynummer:

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

Name:		Vorname:
Geburtstag:	Geburtsort:	(Verwandschafts-)Verhältnis:
Adresse:		
Telefonnummer:		Handynummer:

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

### 3. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

#### Gesetzliche Krankenversicherung:

Krankenkasse:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

#### Private Krankenversicherung / Krankenhauszusatzversicherung:

Versicherungsgesellschaft:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

#### Pflegeversicherung (privat):

Versicherungsgesellschaft:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefonnummer:
Anschrift:	Versicherungsnummer:

## 4. Gesundheit – wichtige Adressen

### 4.1 Mein Hausarzt / meine Hausärztin:

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	

### 4.2 Anderer Arzt/ andere Ärztin, bei dem / der ich in regelmäßiger Behandlung bin:

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	Fachrichtung:

### 4.3 Mein Zahnarzt / meine Zahnärztin

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	

### 4.4 Mein ambulanter Pflegedienst

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	

Besitz des Haus-/Wohnungsschlüssels:  Ja  Nein

### 4.5 Meine Apotheke

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	

### 5. Medizinische Daten / Erkrankungen

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Impfstatus/Impfbuch (COVID-19 und andere)

---

---

---

---

#### 5.1 Gegenwärtige Erkrankungen:

a. Diabetes:     Ja  Nein

Insulin:         Ja  Nein Name: \_\_\_\_\_

Tabletten:       Ja  Nein Name: \_\_\_\_\_

#### b. Andere Erkrankungen

---

---

---

---

---

#### 5.2 Allergien (auch Medikamente):

---

---

---

#### 5.3 Medizinische Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen etc.):

---

---

---

#### 5.4 Ambulante Behandlungen:

---

---

---

#### 5.5 Stationäre Behandlungen:

---

---

---



**5.6 Operationen:**

Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?

**5.7 Behinderungen:**


---



---



---

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes / Zentrums Bayern für Familie und Soziales:

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

---



---



---



## 7. Gepackte Tasche bei Krankenhauseinweisung

Tasche vorhanden?  Ja  Nein

Standort der Tasche (insofern vorhanden):

---

---

## 8. Vorsorgevollmacht: Ja Nein

Inhalt in Stichpunkten:

---

---

---

Eingetragen:

---

Bevollmächtigte Person/en:

---

---

Personen, die informiert sind:

---

---

## 9. Patientenverfügung: Ja Nein

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben:

---

---

**10. Rechtliche Absicherung der Angaben:**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben genannten Angaben:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Herausgeber:**

Senioren-Union (SEN)  
der Christlich-Sozialen-Union in Bayern

**Redaktion:**

Dr. Christian Alex  
Dr. Helga Mohrmann

CSU-Landesleitung  
Mies-van-der-Rohe-Str. 1  
80807 München

Tel. 089 – 1243 232  
Fax: 089 – 1243 4232  
sen@csu-bayern.de

**Link für Download:**

<https://www.csu.de/partei/parteiarbeit/arbeitsgemeinschaften/sen/sen-notfallmappe/>