

# Notfallmappe

Bitte Passfoto  
einkleben

für:

Id.-Nr.:

Patientenverfügung vorhanden

Kopie als Anlage vorhanden

Vorsorgevollmacht vorhanden

Kopie als Anlage vorhanden

Zusammenstellung **vertraulicher** Daten und Fakten  
über zu pflegende Angehörige / Patienten bei  
**Ausfall oder Verhinderung**  
der regulären Pflegeperson(en) zur schnellen Information  
über die Pflegesituation und Pflegebesonderheiten.

**Hinweise zum Ausfüllen finden Sie auf Seite 17!**

## wichtige Telefonnummern:

**Polizei: 110**

**Feuerwehr: 112**

**Pflegedienst:**

**Ärztl. Notdienst:**

**weitere:**

Zusammengestellt von Gerd Diekherbers für die Selbsthilfegruppe  
Pflegende Angehörige Osnabrück [www.pflegende-angehoerige-os.de](http://www.pflegende-angehoerige-os.de)  
unter der Leitung von Dr. Gisela Löhberg Stand: 17.10.2021

**Medikationsplan** für:

**Bitte den von Arzt oder Apotheke erstellten Medikationsplan hier einlegen/-heften !**

**Stand :**

Lfd. Nr.	Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen z.B. vor (V) zu (Z) nach den Mahlzeiten (N)
1	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
2	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
3	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
4	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
5	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
6	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
7	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
8	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
9	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	
10	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	

**Bemerkungen zum Medikationsplan – Wichtige Hinweise auf Allergien / Unverträglichkeiten gegen folgende Stoffe / Medikamente:**

## Vertrauliche Daten der zu pflegenden Person:

Pflegebeginn:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße und Haus- Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

Mobiltelefon:

Familienstand:  allein lebend

verheiratet

verwitwet

lebt zus. mit Ehe- / Lebenspartner:

Konfession:  ev.- luth.  r.- kath.  Andere:

Körpergröße:  cm Gewicht:  kg Blutgruppe:

Konfektionsgröße :  Schuhgröße:  Hutgröße:

**Kraftfahrzeug:**  Typ u. Farbe:  Kennzeichen:

Garage:  Damenrad.:  Herrenrad.:  Rahmen- Nr. /Farbe:

**Personalausweis:**  Nr.:  Kopie beigelegt:

**Reisepass:**  Nr.:  Kopie beigelegt:

**Behindertenausweis:**  unbefristet  befristet  beantragt:  am:

Merkzeichen : **aG**  **G**  **B**  **H**  **BI**  **RF**  %  Kopie: beigelegt

**Organspenderpass** :  Kopie: beigelegt

**Kein Organspender:**

**Krankenversichert** bei: AOK  LKK  BKK  IKK  VdAK

AEV  Knappschaft  TKK  Andere:

**Privat versichert** bei:  **KV- / VS- Nr.:**

**Beihilfe:**  % - Satz:

**Name und Anschrift der Krankenversicherung:**

Straße/ Hs.- Nr.:  PLZ:

Ort:  Telefon:

Mobiltelefon:  Sachbearbeiter/in:

**Zusatzversicherung bei:**

für Kh.-Tagegeld  Einbettzimmer  Zweibettzimmer  Chefarztbehandlung

Sonstige Leistungen:

**Pflegeversicherung:**

**Pflegegrad:** 1  2  3  4  5  Höherstufung:

beantragt seit:

**Pflegende Personen** (Hauptpflegeperson bitte unter 1. eintragen)

1.

**Stand** zum Patienten: Tochter  Sohn  Ehefrau  Ehemann  Lebenspartner/in

Sonstiger:  im Hause:

Telefon:  Mobiltelefon:

Wohnhaft:

weitere Informationen:

**Pflegende Person:**

2.

**Stand** zum Patienten: Tochter  Sohn  Ehefrau  Ehemann  Lebenspartner/in

Sonstiger:  im Hause:

Telefon:  Mobiltelefon:

Wohnhaft:

weitere Informationen:

**Weitere Angehörige, Nachbarn oder Pflegekräfte:**

Telefon:  Mobiltelefon:

**Pflegedienst:**

Ort:  Straße:

Erreichbar: rund um die Uhr:  von:  bis:

Telefon:  Mobiltelefon:

Pflegezeiten: täglich  wöchentlich  vormittags  nachmittags  abends

Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

in der Zeit: morgens:  mittags:  abends:

**Weitere wichtige Informationen zur Pflege befinden sich in der Pflegemappe des Pflegedienstes vor Ort!**

**Tagespflegeeinrichtung:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Aufenthalt an folgenden Tagen: Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

Abholzeit:  Rückkehrzeit:  Fahrdienst  Taxi

**Fahrdienst / Transport:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Ansprechpartner:

**Taxiunternehmen:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Ansprechpartner:

**Hausarzt / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:  Hausbesuche: nein  ja

**Zahnarzt / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

**HNO / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

**Augenarzt / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

**1. Facharzt / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

**2. Facharzt / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

**3. Facharzt / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

**1. Krankenhaus / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

**letzter Aufenthalt** von - bis:

**Grund:**

**2. Krankenhaus / EMail:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

**letzter Aufenthalt** von - bis:

**Grund:**

**Kur / Reha :**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

**letzter Aufenthalt** von - bis:

**Grund:**

**Klinik- / Reha - Aufenthalte in letzter Zeit:**

1.

2.

3.

4.

**Fußpflege/ Podologe:**

Telefon:  Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

Hausbesuche: nein  ja

**Physiotherapie/ - Therapeut/in:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Behandlungszeiten:

Hausbesuche: nein  ja

**Ergotherapie/ - Therapeut/in:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Behandlungszeiten:

Hausbesuche: nein  ja

**Neuro / Logopädie- / Therapeut/ in :**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Behandlungszeiten:

Hausbesuche: nein  ja

**Apotheke:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Öffnungszeiten:



**Friseur:**  **Telefon:**

Hausbesuche: nein  ja

**Augenoptiker:**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

**Brillen:** Lesebrille:  normal  Sehkraft:

Fernbrille: normal:  Gleitsicht  bi/ trifokal  Sehkraft:

**Kontaktlinsen:** links:  rechts:  weich:  hart:  Sehkraft:

Brillenpflegemittel:

**Zahnersatz:**  oben :  **fest eingesetzt:**  **herausnehmbar:**  **teils herausn.**   
unten:  **fest eingesetzt:**  **herausnehmbar:**  **teils herausn.**

Pflegemittel:

**Hörgeräte:** links:  rechts:  Batterietyp: Größe **10**  **13**  **312**  **675**

In Betrieb seit:  HG- Akustiker:

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

Öffnungszeiten:

**Dauerkatheter:** Transuretral  Suprapubisch  Länge in cm:

Größe (Charrier):  Ballonfüllmenge in ccm :

Wechsel alle (Wochen)  Letzter Wechsel: ( **Bleistifteintrag** ) :

**Stomapatienten:**

Urostoma (Künstlicher Blasenausgang):

Enterostoma (künstlicher Darmausgang):

Tracheostoma (künstlicher Zugang zur Luftröhre):

**Wechselsystem:**

**Wechselrhythmus:**



**Diagnosen:** (ggf. auf weiterem Blatt ergänzen)

--

**Zusammenstellung der Hilfsmittel:**

1.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	Lieferant:	<input type="text"/>

**Bedienungsanleitungen für Hilfsmittel befinden sich in einem besonderen Ordner:**

→ **"Bedienungsanweisungen für Hilfsmittel"**

→ **"Kontaktdaten des/r Sanitätshauses /- häuser für Service und Reparaturen"**

**Vollmachten für Post / Bank / Krankenkasse etc.:** (ggf. als Kopie anheften)

**Zweitschlüssel für Wohnung / Auto / Garage:** (hinterlegt bei)

**Betreuungsunterlagen / Betreuer- Ausweis:** (ggf. als Kopie anheften)

**Rechtsanwalt / Notar (Hausanwalt):**

Ort:  Straße:

Telefon:  Mobiltelefon:

**Kirchengemeinde:**

Ort:  Straße:

**Vertrauenspastor/ in :**

Telefon:  Mobiltelefon:

**Gemeindebüro:**

Telefon:  Mobiltelefon:

**Persönliche Vorlieben:**

**1. Kleidung:**

**2. Nahrung:**

**3. Getränke:**

**4. Musik / Kultur / Sonstiges:**

## **Wichtige Telefonnummern / EMail- Adressen:**

z.B. nahe Angehörige, Freundinnen / Freunde, nahe Bekannte:

**1.**

**2.**

**3.**

## **Notrufzentralen / Pflegenotaufnahme:**

## **Sonstige Angaben:-**

**Vordrucke und Formulierungshilfen** gibt es im Internet, bei Kirchen, im Pflegestützpunkt der Stadt / der Gemeinde und bei karitativen Organisationen etc.

### **Nützliche Links, für die keine Haftung übernommen wird:**

- **Ausscheidungsplan:** [www.kontinenz-gesellschaft.de](http://www.kontinenz-gesellschaft.de)
- Der Vollständigkeit halber sei empfohlen, ggf. auch eine **Bestattungsverfügung** zu erstellen. Neben vielen nützlichen Hinweisen können dort Formblätter wie Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Bankvollmachten etc. kostenlos heruntergeladen werden : [www.bestattungsplanung.de](http://www.bestattungsplanung.de)
- Gute Quelle für **Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament:** Bundesministerium für Justiz: [www.bmj.de](http://www.bmj.de)
- Weitere Links:

Vorschläge zur Änderung oder Ergänzung sind sehr willkommen und werden ggf. von Zeit zu Zeit in das vorhandene Formblatt eingepflegt.  
Kontakt: [www.pflegende-angehoerige-os.de](http://www.pflegende-angehoerige-os.de)

**Die Erstellung der vorliegenden Notfallmappe wurde maßgeblich mitbestimmt aus den eigenen Erfahrungen der Mitglieder der Selbsthilfegruppe „Pflegerische Angehörige Osnabrück“ und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.**

**An dieser Stelle sei allen gedankt, die bei der Zusammenstellung mitgewirkt haben!**

# Anlagen zur Notfallmappe:

Kopie Personalausweis:

Kopie Reisepass:

Kopie Führerschein:

Kopie Gesundheitskarte:

Kopie Schwerbehindertenausweis:

Kopie Blutspenderpass:

Kopie Impfpass:

Kopie Organspenderpass:

Kopie Bestattungsverfügung:

Testament hinterlegt bei:

Weitere wichtige Dokumentenkopien:

**Kopie Patientenverfügung:**

**Kopie Vorsorgevollmacht:**

**Bemerkung:** Wenn der/die Pflegebedürftige noch keines der beiden sehr wichtigen Dokumente besitzt oder noch zu aktualisierende Entwürfe vorliegen, ist **dingend** geraten, die Erstellung so schnell wie möglich zu veranlassen -

**denn noch ist Zeit !**



## Ausfüllhilfe für die Notfallmappe

---

### Allgemein:

Diese Notfallmappe kann von der Website der Selbsthilfegruppe „Pflegerische Angehörige Osnabrück“ (SHG) kostenlos heruntergeladen werden.

Die Adresse lautet: <https://www.pflegerische-angehoerige-os.de>

Die Notfallmappe kann sowohl auf dem Smartphone, dem Tablet und dem PC bearbeitet werden. Das Zwischenspeichern auf einem Endgerät gibt Ihnen die Möglichkeit jederzeit kleine Änderungen schnell durchzuführen und die Mappe (oder das einzelne Blatt) erneut auszudrucken. Sie benötigen zum Öffnen und Bearbeiten des Formulars den Adobe Acrobat® Reader. Bitte beachten Sie, dass die Mappe nur ausgedruckt genutzt werden kann. Eine reine digitale Nutzung ist nicht zu empfehlen. Verwandte können ggf. nicht auf Ihr Endgerät zugreifen. Teilweise gibt es ebenfalls Probleme mit digitalen Unterschriften.

Selbstverständlich können Sie die Notfallmappe auch ausdrucken und handschriftlich bearbeiten. Achten Sie dabei bitte auf eine saubere Handschrift.

Drucken Sie die Notfallmappe bitte nicht doppelseitig aus. Dies spart zwar Papier kann aber zur Unlesbarkeit durch das Durchscheinen der jeweils anderen Seite führen. Und so geht's:

### Handschriftliches Ausfüllen (bitte benutzen Sie keine Bleistifte o.ä.)

1. Besuchen Sie die Seite <https://www.pflegerische-angehoerige-os.de>
2. In der oberen Menüleiste finden sie den Punkt „Weitere Infos“, dort wiederum den Punkt „Vorsorge für den Notfall“  
[„Weitere Infos“ ◊ „Vorsorge für den Notfall“ ◊ „Notfallmappe“]
3. Unter dem Punkt „Notfallmappe“ können Sie die Notfallmappe herunterladen. Sie benötigen zum Öffnen und Bearbeiten des Formulars den Adobe Acrobat® Reader
4. Drucken Sie nun die heruntergeladene Datei anschließend für sich aus.

### Ausfüllen am PC / Smartphone/ Tablet:

1. Besuchen Sie die Seite <https://www.pflegerische-angehoerige-os.de>
2. In der oberen Menüleiste finden sie den Punkt „Weitere Infos“ Dort wiederum den Punkt „Vorsorge für den Notfall“  
[„Weitere Infos“ ◊ „Vorsorge für den Notfall“ ◊ „Notfallmappe“]
3. Unter dem Punkt „Notfallmappe“ können Sie die Notfallmappe herunterladen.
4. Öffnen Sie die heruntergeladene Notfallmappe (Sie benötigen zum Öffnen und Bearbeiten des Formulars den Adobe Acrobat® Reader
5. Füllen Sie alle infrage kommenden Felder aus. Die Schriftart und die Buchstabengröße sind vorgegeben. Einige Felder unterstützen Sie durch Hilfstexte. Die Hinweise werden nicht ausgedruckt, sondern dienen Ihrer Informationen und Unterstützung.
6. Bitte prüfen Sie alle eingetragenen Daten sorgfältig.
7. Speichern Sie die ausgefüllte Notfallmappe auf Ihrem PC/ Smartphone/ Tablet.  
„Datei“ ◊ „Speichern unter“ ◊ Nun wählen Sie einen Speicherort und geben der Datei einen Namen wie z.B. „Notfallmappe“ und klicken auf Speichern.
8. Drucken Sie nun die Notfallmappe für sich aus.

### Wichtige Anmerkung:

Füllen Sie die Notfallmappe bitte baldmöglichst aus und aktualisieren Sie diese zeitnah, denn sonst haben Sie leider nur Altpapier produziert - **dabei könnte die Notfallmappe Leben retten - auch Ihres** – wenn sie denn gut kenntlich in der Wohnung zu finden und aktuell gehalten ist!

## Weitere Empfehlungen:



**Notfalldose:** Enthält wichtige medizinische und persönliche Daten in Kurzform und wird zum besseren Auffinden **im Kühlschrank des Haushalts aufbewahrt**. Sie ist im Seniorenstützpunkt Osnabrück, Bierstr. 32a und in einigen Osnabrücker Apotheken **gegen Entgelt** zu erhalten.

<b>Besondere Medikamente (bitte ankreuzen)</b>	<b>Blutgruppe</b>	<p><b>Wichtiger Hinweis!</b></p> <p>Diese Notfallkarte sollten Sie immer bei sich tragen.</p> <p>In Ihrer Wohnung verwenden Sie bitte die Notfalldose.</p> <p>Denken Sie auch an die Aktualisierung Ihrer Angaben. Neue Karten stehen zur Verfügung.</p> <p> <b>Seniorenbüro</b> Osnabrück</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">OSNABRÜCK®</p> <p style="text-align: center;"><b>Notfallkarte</b> Notrufe</p> <p style="text-align: center;"><b>110</b> Polizei / Unfall / Überfall <b>112</b> Rettungsdienst / Feuerwehr</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Diese Notfallkarte soll in für Sie bedrohlichen Situationen für helfende und rettende Dienste notwendige Informationen vermitteln.</p> <p style="text-align: center;">Initiiert durch den Seniorenbeirat der Stadt Osnabrück</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Mit freundlicher Unterstützung der</p> <p style="text-align: center;"> <b>Sparkasse</b> Osnabrück</p>
<b>Besonderheiten (bitte ankreuzen oder ergänzen)</b>	<b>Letzter Krankenhausaufenthalt</b>		
<b>Vorhandene Hilfsmittel (bitte ankreuzen)</b>	<b>Aktualisierter Krankenhausaufenthalt</b>		
<b>Anderer Hilfsmittel</b>	<b>Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst und behandelnde Ärzte weitergegeben werden.</b>		
<b>Impfungen (Tetanus, o.ä.)</b>	Datum, Unterschrift	<p><b>116 116 Sperr-Notruf</b> (Bank-, Kredit-, Handykarten, Onlinebanking, u.ä.)</p>	

**Notfallkarte:** Enthält wichtige persönliche und medizinische Daten in Kurzform und wird auf Ausweisgröße zusammengefasst in der Geldbörse oder Handtasche oder im Auto z.B. hinter der Sonnenblende mitgeführt und ist damit **immer dabei**. Sie ist u.a. im Seniorenstützpunkt Osnabrück, Bierstr. 32a **kostenlos** zu erhalten.