

# NOTFALLMAPPE

**für den Fall der Einweisung in ein  
Krankenhaus  
(des von Ihnen zu Betreuenden  
oder für Sie selbst).**

**Diese Notfallmappe gehört:**

.....

**Herausgeber:**

**Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e. V.**



# 1. Gebrauchsanweisung für die Notfallmappe

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Notfallmappe soll Ärztinnen, Ärzten und Fachkräften bei einer Einweisung in ein Krankenhaus alle wichtigen Informationen zu Ihrer Person auf einen Blick ermöglichen.

Daher ist es wichtig, dass die Informationen immer auf dem aktuellen Stand sind und für den Notfall bereitgehalten werden.

Das bedeutet:

- Halten Sie die Notfallmappe immer griffbereit und sichtbar und nehmen Sie die Mappe zu allen Arztterminen mit.
- Bitten Sie in Ihrer Arztpraxis oder Apotheke regelmäßig um eine aktuelle Medikamentenliste und die aktuellen Diagnosen.
- Ergänzen Sie bitte auch die Medikamente, die Sie nicht von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt verordnet bekommen, aber regelmäßig einnehmen (z.B. Vitamintabletten oder Abführmittel).
- Heften Sie die letzten Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus in der Notfallmappe ab.
- Aktualisieren Sie den Informationsbogen mit Ihren persönlichen Daten, falls sich etwas ändert.
- Legen Sie in die Notfallmappe nur Kopien und keine Originale.

## 2. Angaben zur Person

### *Lichtbild einfügen*

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz. Wohnort \_\_\_\_\_

Vorwahl / Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Behinderung \_\_\_\_\_

Konfession  kath.  
 evgl.  
 muslimisch  
 keine  
 sonstige \_\_\_\_\_

### **Im Notfall zu benachrichtigen**

Name \_\_\_\_\_

Adresse / Tel. \_\_\_\_\_

Beziehung zur/ zum  
Erkrankten  Verwandter  
 Bevollmächtigte/r  
 rechtliche/r Betreuer/-in  
 Nachbar  
 gute Bekannte

Weitere Ansprechpartner/-in

Name \_\_\_\_\_

Adresse/Tel. \_\_\_\_\_

## zusätzliche Angaben

**Familienstand**     ledig  
                           verheiratet  
                           eingetragene Lebenspartnerschaft  
                           verwitwet  
                           geschieden

**Wohnsituation**     alleinlebend  
                           nicht alleinlebend

**Pflegestufe**         keine                festgestellt am: \_\_\_\_\_  
                           0                        festgestellt am: \_\_\_\_\_  
                           1                        festgestellt am: \_\_\_\_\_  
                           2                        festgestellt am: \_\_\_\_\_  
                           3                        festgestellt am: \_\_\_\_\_  
                           beantragt            MDK Termin: \_\_\_\_\_

**Betreuungsleistung**     *Grundbetrag*                 *erhöhter Betrag*

**Generalvollmacht**     ja                     nein                    (s. Kopie im Anhang)

**Betreuungsvollmacht**  ja                     nein                    (s. Kopie im Anhang)

**Vorsorgevollmacht**     ja                     nein                    (s. Kopie im Anhang)

**Patientenverfügung**     ja                     nein                    (s. Kopie im Anhang)

## **Hausärztin / Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## **Neurologin / Neurologe Psychiaterin / Psychiater**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## **Weitere Fachärztinnen / Fachärzte**

**Fachrichtung** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Fachrichtung** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Pflegedienst** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Weitere/-r Ansprechpartner/in**

Name

---

Adresse

---

Telefonnummer

---

**Hilfen**

Brille ( )

Hörgerät ( )

Gehhilfe ( )

Zahnprothese ( )

Lesehilfe ( )

Implantate ( )

Haarteil / Perücke ( )

Herzschrittmacher ( )

Rollator ( )

Sonstiges u. a.

### **3. Krankheiten / Diagnosen**

Ausdruck vom Hausarzt und wenn vorhanden,  
letzte Krankenhausberichte beifügen

# 4. Medikamentenliste

(aktuelle Kopien vom Hausarzt/Facharzt/Apotheker beifügen)

<b><u>Feste Dauermedikation</u></b> Aktueller Stand am:	Geändert am: Geändert am:
--	------------------------------

<b>Medikament/ Darreichungsform:</b>	<b>Einnahmezeit</b>
--	---------------------

<u>Dosierung mg / Stück</u>	morgens	mittags	abends	nachts
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )



<b><u>Flüssige Dauermedikation</u></b> Aktueller Stand am:	Geändert am: Geändert am:
---	------------------------------

<b>Medikament/ Darreichungsform:</b>	<b>Einnahmezeit</b>
--	---------------------

<u>Dosierung ml / Tropfen / mg</u>	morgens	mittags	abends	nachts
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )

<b><u>Bedarfsmedikation</u></b> <b>Aktueller Stand am:</b>	<b>Geändert am:</b> <b>Geändert am:</b>
---	--

<b>Medikament/ Darreichungsform:</b>	<b>Einnahmezeit</b>
--	---------------------

<b><u>Dosierung ml / Tropfen / mg</u></b> <b><u>Anlass / wann</u></b>	morgens	mittags	abends	nachts
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )

<b><i>Infusionen / Injektionen</i></b> <b>Aktueller Stand am:</b>	<b>Geändert am:</b> <b>Geändert am:</b>
--	--

<b>Medikament/ Darreichungsform:</b>	<b>Einnahmezeit</b>
--	---------------------

<u><i>Dosierung ml / mg / IE</i></u>	morgens	mittags	abends	nachts
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )	( )

**Art der Medikamenteneinnahme**

Wie nehme ich meine Medikamente ein? (*z.B. gemörsert, mit Pudding,*)

---

**Bekannte Medikamentenallergien**

---

<b>Erforderlichen Hilfen bei:</b>	<b>Medikamenteneinnahme</b>	<b>Essen</b>	<b>Trinken</b>	<b>Aufstehen</b>	<b>Gehen</b>	<b>Körperpflege</b>	<b>Ausscheiden</b>
-----------------------------------	-----------------------------	--------------	----------------	------------------	--------------	---------------------	--------------------

<b>Anleitung/Beaufsichtigung</b>							
<b>Teilweise Unterstützung</b>							
<b>Vollständige Übernahme</b>							
<b>Hilfsmittel/Hinweis (z.B. Gehhilfe, farbige Getränke)</b>							
<b>Gewohnheiten/Vorlieben (z.B. Lieblingsessen)</b>							



Weitere Gewohnheiten/Vorlieben im Alltag (z. B. Mittagsschlaf, Mediennutzung, Bewegung nach dem Essen):

---



Weitere Abneigungen im Alltag (z. B. Schlafen bei geschlossenem Fenster, Essen im Bett):

---

# 5. Vorsorgedokumente / Vollmachten

Im Zusammenhang mit dem Begriff Vorsorgedokumente tauchen häufig die Begriffe:

	vorhanden	beigefügt
1. Generalvollmacht (zusätzlich Bankvollmacht)	( )	( )
2. Betreuungsverfügung	( )	( )
3. Vorsorgevollmacht	( )	( )
4. Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt)	( )	( )
auf.		

## **Erläuterungen**

### **zur Generalvollmacht ...**

... Eine Generalvollmacht nach §§ 164 ff. BGB ist eine umfassende Vollmacht für alle rechtlichen Stellvertretungen. Generalvollmacht hat, wer den Vollmachtgeber in allen Rechtsgeschäften vertreten kann. Eine Generalvollmacht kann nur erteilt werden, wenn der Vollmachtgeber zum Zeitpunkt der Vollmachtgebung voll geschäftsfähig ist.

Eine Vollmacht kann ab Volljährigkeit erstellt werden, um eine Betreuung durch ein Betreuungsgericht zu verhindern. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn Geschäftsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall eintritt. Die sicherste Ausführung stellt die notariell beurkundete Vollmacht dar, da hier neben der Echtheit der Unterschrift vor allem die Geschäftsfähigkeit durch den Notar bestätigt wird. Wenn sich die Generalvollmacht auf Grundstücke und Immobilien (z.B. deren Verkauf oder Belastung) erstrecken soll, ist zum Nachweis gegenüber dem Grundbuchamt eine notarielle Beurkundung zwingend notwendig. Die Erteilung einer Generalvollmacht ist formfrei.

### **Zur Betreuungsverfügung ...**

... In einer Betreuungsverfügung können Sie für den Fall einer gesetzlichen Betreuung Vorschläge zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers sowie Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung äußern. Bei der Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers werden Ihre Wünsche durch das Betreuungsgericht i.d.R. berücksichtigt.

### **zur Vorsorgevollmacht ...**

... Eine Vorsorgevollmacht ist eine private Vereinbarung zwischen Ihnen und einer oder mehreren Personen Ihres Vertrauens. Sie ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Sie benennen die Person(en) Ihres Vertrauens, die bereit sind, für Sie zu handeln, wenn Sie bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Durch die Bevollmächtigung wird ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich. Diese Regelung gilt beispielsweise für Bank- oder Versicherungsgeschäfte, Behördengänge, Post und Fernmeldeverkehr, Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten und vor allem für Fragen zur Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit.

## **zur Patientenverfügung ...**

... In einer Patientenverfügung können Sie im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen medizinisch behandelt werden möchten, für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit. Sinn der Patientenverfügung ist, dass Sie Ihren Willen hinsichtlich der Behandlung von Krankheiten zu einem Zeitpunkt schriftlich niederlegen, zu dem eine solche Entscheidung noch eigenverantwortlich von Ihnen getroffen werden kann. Auf diese Weise wahren Sie Ihr Recht auf Selbstbestimmung, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar und einwilligungsfähig sind. Es kann sehr sinnvoll sein, in die Patientenverfügung Ihre persönlichen Wertvorstellungen, wie z.B. Ihre Einstellungen zum Leben und Sterben oder Ihre religiösen Anschauungen mit aufzunehmen.

Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass eine Patientenverfügung schriftlich verfasst wird und eigenhändig von Ihnen unterschrieben werden muss. Es ist empfehlenswert, dass Sie Ihre Patientenverfügung regelmäßig (z.B. einmal im Jahr) bestätigen.

Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht kann jederzeit formlos von Ihnen widerrufen werden. Eine Notarin oder ein Notar muß die Dokumente nicht beglaubigen.

***Grundsätzlich sollte ein Hinweis auf das Vorhandensein dieser Dokumente in der Geldbörse getragen werden.***

## 6. Weitere Informationen / Hinweise

---

---

---

---

---

---

---

### Persönliche Anmerkungen / zusätzliche Notizen

Zum Beispiel:

- Geistlicher Beistand erwünscht       Ja       Nein
- Besuch erwünscht       Ja       Nein
- Grundsätzlich Besuch erwünscht    aber \_\_\_\_\_  
möchte ich nicht sehen



# 7. Impressum

Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e. V.

[www.alzheimer-euskirchen.de](http://www.alzheimer-euskirchen.de)

[info@alzheimer-euskirchen.de](mailto:info@alzheimer-euskirchen.de)

**Vorsitzender:** Dr. med. Hartmut Bauer  
Chefarzt der Abteilung für Neurologie Stroke Unit und  
Klinische Neurophysiologie Marien-Hospital Euskirchen  
53879 Euskirchen, Gottfried Disse Str. 40

**Kontaktadresse:** Dagmar Harder  
Augenbroicher Str. 54  
53879 Euskirchen  
Telefon: 02251/80 666  
Fax: 02251/650 600  
email: [dagmar-harder@t-online.de](mailto:dagmar-harder@t-online.de)

**Wir haben diese Notfallmappe nach bestem Wissen erstellt.  
Für die Vollständigkeit übernehmen wir keine Garantie.**

---

## **Demenz – den Weg gemeinsam gehen**

Menschen, die an einer Demenz erkranken - sowie ihre Familien - stehen am Beginn eines langen, oftmals schwierigen Weges. Doch sie müssen und sollen diesen Weg nicht allein gehen. Sie brauchen Informationen, Beratung und Unterstützung.

Wir, die Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e. V. haben es uns zur Aufgabe gemacht, den Betroffenen und ihren Angehörigen zur Seite zu stehen und haben auch bereits bestehende Anregungen aufgenommen um unsere Unterlagen zu vervollständigen.

### **Entstehung der Notfallmappe**

Die Notfallmappe ist eine der Hilfen für Menschen mit Demenz, aber auch ihren Angehörigen, die wir im Rahmen unseres Angebotes im Kreisgebiet Euskirchen entwickelt haben.

Wir kümmern uns darum, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Wie gut diese Versorgung ist – das ist davon abhängig, wie gut die Beteiligten zusammenarbeiten, z.B. Haus- und Fachärztinnen/-ärzte, Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, Mitarbeiter/innen ambulanter Pflegedienste und Menschen, die sich in der Beratung

und Betreuung von pflegenden Angehörigen engagieren. Mit diesem Projekt wollen wir diese Zusammenarbeit fördern und weiterentwickeln.

Viele Menschen kommen oft ohne entsprechende Informationen über ihrem Gesundheitszustand, ihren Gewohnheiten oder Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ins Krankenhaus. Hier soll unsere Notfallmappe helfen.

Wir brauchen eine Gesellschaft, die Menschen mit Demenz so akzeptiert wie sie sind. Denn gemeinsam und in gegenseitigem Respekt lässt sich der Weg leichter gehen. Dazu kann jeder etwas beitragen. Wir sind an Ihrer Seite.

Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e. V.



Dr. med. Hartmut Bauer  
Vorsitzender

November 2015

# 8. Inhaltsverzeichnis der Notfallmappe

1. Gebrauchsanweisung für die Notfallmappe
2. Angaben zur Person
3. Krankheiten / Diagnosen  
*Ausdruck Ihrer Hausarztpraxis oder letzten Krankenhausberichte*
4. Medikamentenliste  
*Ausdruck Ihrer Fach- und Hausarztpraxis oder Ihrer Apotheke*
5. Vorsorgedokumente / Vollmachten  
*Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung*
6. Weitere Informationen / Hinweise
7. Impressum
8. Inhaltsverzeichnis der Notfallmappe

# Persönliches