



Auf den folgenden Seiten finden Sie Adressen und Telefonnummern für den Notfall.

Eingebunden sind aber auch Vordrucke, auf denen Sie z.B. Ihren Hausarzt, regelmäßig erforderliche Medikamente, Krankheiten und Allergien oder andere wichtige Informationen eintragen können.

Bewahren Sie diese Mappe sichtbar auf, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihrer Pflegemappe. Aktualisieren Sie von Zeit zu Zeit die Angaben, damit in einem Notfall schnell und richtig gehandelt werden kann.

## NOTFALLMAPPE

für

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

## Notfallmappe

### 1. Persönliche Daten, wichtige Rufnummern

#### 1.1 Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	Blutgruppe

#### 1.2 Im Notfall zu benachrichtigen:

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	Telefax

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	Telefax

## Notfallmappe

### 1.3 Hausarzt:

---

Name der Praxis

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

---

Telefon

Telefax

### 1.4 Apotheke

---

Name der Apotheke

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

---

Telefon

Telefax

### 1.5 Wichtige Rufnummern

Rettungsdienst und Feuerwehrruf	<b>112</b>
Polizeiruf	<b>110</b>
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	<b>116112</b>
Polizeiinspektion Rain	<b>09090-70070</b>
Giftnotrufzentrale München	<b>089-19240</b>
Telefonseelsorge	
Pfarramt	

## Notfallmappe

### Ärzte

.....

.....

### Zahnärztin / Zahnarzt

.....

Apotheke .....

.....

Sozialstation.....

.....

### Ambulante Krankenpflege

.....

.....

## 2. Krankenversicherung

### 2.1 Kranken- und Pflegeversicherungen

#### Krankenversicherung

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Versicherungskarte befindet sich: \_\_\_\_\_

Weitere Krankenversicherung, z.B. Krankenhaus-Zusatzversicherung:

## 2. 2 Behandlungen und Medikamente

### Medikamente

Name des Medikamentes	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit

Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung ein? ( z.B. Marcumar) \_\_\_\_\_

### 2.3 Allergien, Impfungen, Organspendeausweis, Sonstiges

- Allergien: .....
- Allergiepass vorhanden: ja/nein
- Nachweis von Impfungen:
- Impfbuch vorhanden: ja/nein
- Organspendeausweis vorhanden: ja/nein

Der Allergiepass, das Impfbuch und der Organspendeausweis befinden sich

.....

Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke):

.....

## Ärztliche Behandlungen

- ambulant -

Datum von/bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

## Zahnärztliche Behandlungen

Datum von / bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

## Klinische Behandlungen

-stationär-

Datum von / bis	Grund des Klinikaufenthaltes (Diagnose)	Name / Anschrift des Krankenhauses