



Senioren-Union

**CSU**

**Notfallmappe**

# **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 Chronische 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:

### **4.5 Meine Apotheke**

Name:

Telefonnummer:

Adresse:

## 5. Medizinische Daten / Erkrankungen

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

Gegenwärtige / Chronische Krankheiten:

---

---

---

Diabetes:  Ja  Nein

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

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

### 5.1 Chronische 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:

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

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

Bemerkungen:

---

---

---



## 6. Medikamente:

Name des Medikaments	Darreichungsform/ Wirkstoff	morgens	mittags	abends	zur Nacht	nur bei Bedarf

Datum der Aktualisierung: \_\_\_\_\_

## 7. Gepackte Tasche bei Krankenhauseinweisung

Tasche vorhanden?  Ja  Nein

Standort der Tasche (insofern vorhanden):

---

---

## 8. Vorsorgevollmacht: Ja Nein

Inhalt in Stichpunkten:

---

---

---

Eingetragen: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

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



Senioren-Union

**CSU**

**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/downloadpositionen/>