



Gemeinsam im  
WITTLAGER LAND

# Notfallmappe

für die Gemeinden Bad Essen, Bohmte und Ostercappeln

(Name, Vorname)



**Bohmte**  
unsere Gemeinde



**Notfallmappe  
zum Download**

Gefördert durch:



Kofinanziert von der  
Europäischen Union



Niedersachsen



Niedersachsen | Bremen | Hamburg  
**KLARA 2023–2027**  
Klima | Landwirtschaft | Artenvielfalt  
regionale Akteure

# Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeder von uns kann ganz plötzlich – durch Krankheit oder Unfall – auf Hilfe angewiesen sein. Diese Mappe soll dazu beitragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörigen auf einen Notfall besser vorbereitet sind.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern. Die Mappe beinhaltet aber auch Vordrucke, auf denen Sie wichtige Informationen (z.B. Medikamentenpläne) und Anschriften eintragen können für den Fall, dass Sie in einer Not-situation keine Auskunft geben können.

Beigefügt ist zudem eine neue und erweiterte Patientenverfügung und ein Verweis auf die Internetversion der Vorsorgevollmacht des niedersächsischen Justizministeriums.

Um die von Ihnen gemachten Angaben im Bedarfsfall zu aktualisieren, wurden alle Blätter so eingefügt, dass sie jederzeit ausgetauscht bzw. ergänzt werden können.

Weisen Sie auch Ihre Verwandten und Bekannten auf die Notfallmappe hin; diese ist nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für jüngere Personen gedacht.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Bürgermeister aus dem Wittlager Land



Timo Natemeyer  
Gemeinde Bad Essen



Markus Kleinkauertz  
Gemeinde Bohmte



Erik Ballmeyer  
Gemeinde Ostercappeln

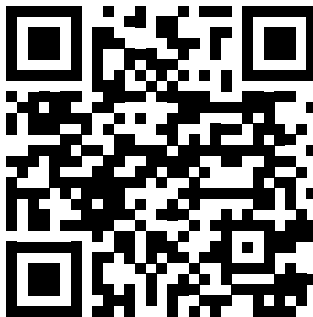
## Die Notfallmappe online

Die Notfallmappe sowie die enthaltenen Anhänge gibt es unter [wittlagerland.eu/notfallmappe](http://wittlagerland.eu/notfallmappe) zum Download.

So können die Unterlagen jederzeit ganz bequem aktualisiert oder ergänzt werden.

Abrufbar sind:

- Notfallmappe
- Betreuungsverfügung
- Infobroschüre zur Patientenverfügung



[wittlagerland.eu/notfallmappe](http://wittlagerland.eu/notfallmappe)

## **Inhaltsverzeichnis**

Wichtige Telefonnummern .....	4
Ansprechpersonen im Notfall .....	5
Hausärztin/ Hausarzt/ Krankenversicherung .....	6
Medizinische Risikofaktoren.....	7
Beeinträchtigungen .....	8
Medikamente und Einnahmezeiten .....	9
Ausweise und Pässe.....	10
Sonstige Unterlagen .....	11
Adressen Beratungsstellen .....	12
Verträge und Versicherungen .....	13
Vorbereitende Maßnahmen Krankenhausaufenthalt .....	14
Notfallpass .....	15
Vorsorgevollmacht .....	Anlage
Betreuungsverfügung .....	Anlage
Patientenverfügung .....	Anlage
Tasche für „Notfallgroschen“ .....	Anlage



**Im Notfall benachrichtigen Sie bitte:**

Name: .....

Anschrift:.....

.....

Telefon:.....

Mobil: .....

*Sollte die genannte Person nicht erreichbar sein, dann wenden Sie sich bitte an:*

Name: .....

Anschrift:.....

.....

Telefon:.....

Mobil: .....

Einen Ersatzschlüssel hat: .....

Ich wünsche Beistand durch einen Seelsorger: ja  nein

Meine Konfession: .....

Tel.Nr. Kirchengemeinde: .....

Ich wünsche eine Begleitung durch ein Hospiz: ja  nein

Folgender Hospizdienst soll beauftragt werden: .....

.....

Behandelnde\*r Hausärztin/ Hausarzt: .....

Telefon:.....

Weitere behandelnde (Fach)Ärztinnen und Ärzte:

Name: ..... Telefon: .....

Name: ..... Telefon: .....

Krankenkasse: .....

Versicherungsnummer:.....

evtl. Befreiungsausweis: .....

evtl. Zusatzversicherung: .....

Pflegekasse: .....

Pflegegrad 1 / 2 / 3 / 4 / 5 seit: .....

Schwerbehinderung: ja  nein  GdB: .....

Blutgruppe/Rhesusfaktor:.....

*(Bitte hinterlegen Sie einen Beleg in der Notfallmappe, z.B. Kopie des Blutspendeausweises)*

**Im Notfall zu beachten:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Medizinische Risikofaktoren

(Dosierung siehe Medikamenteneinnahme Formular)

**Anfallsleiden**  ja  nein

.....

**Allergien**  ja  nein

.....

.....

**Blutgerinnungshemmende Substanzen**  ja  nein

Namen der Medikamente:.....

.....

**Bronchial Asthma**  ja  nein

Namen der Medikamente:.....

.....

**Diabetes**  ja  nein

Name des Insulins: .....

**Medikamenten Unverträglichkeiten**  ja  nein

Namen der Medikamente:.....

.....

**Implantate**  ja  nein

.....

### Weitere Beeinträchtigungen:

Schwerhörigkeit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Thromboseneigung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Sehbehinderung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Dialysebehandlung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Chronisches Organleiden	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Demenz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Weitere Beeinträchtigungen: .....

### Verstehen von Sprache:

- Das Sprachverständnis ist erhalten.
- Kurze Fragen werden verstanden.
- Lediglich prägnante Worte werden verstanden.
- Sprachverständnis fehlt.
- Gesten werden verstanden.

### Sprechfähigkeit:

- Ist weitgehend vorhanden.
- Kurze Sätze können gebildet werden.
- Einzelne Wörter können gebildet werden.
- Nicht möglich.

## Medikamente und Einnahmezeiten

Name des Medikaments	Einnahmezeiten			
	morgens	mittags	abends	nachts

**Ich bin Inhaber folgender Ausweise und Pässe:**

- Allergieausweis
- Brillenpass
- Blutspendeausweis
- Diabetikerausweis
- Herzschrittmacherausweis
- Implantatausweis
- Impfpass
- Marcumarausweis
- Organspendeausweis
- Röntgenausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Weitere Ausweise: .....
- .....

Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, können in der Klarsichthülle abgelegt werden.

Alle übrigen Ausweise und den Notfallpass am Ende der Mappe sollten Sie in der Geldbörse bei sich tragen.

## Sonstige Unterlagen:

Die Kopien können in die Plastikhüllen am Ende der Mappe eingefügt bzw. der Aufbewahrungsort angegeben werden.

- Kopie des Personalausweises
- Sozialversicherungsunterlagen (ggfs. Aufbewahrungsort)
- Vollmachten (Bitte Aufbewahrungsort angeben, bzw. wer die Vollmacht besitzt)
  - Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung
  - Patientenverfügung
  - Kontovollmacht
  - Verfügung über den Todesfall

Eine umfassende Vorsorgevollmacht befindet sich auf der Internetseite des niedersächsischen Justizministeriums: [www.mjnie-dersachsen.de](http://www.mjnie-dersachsen.de) → Service → Publikationen → Vorsorgevollmacht

### Anmerkungen zu den Formularen:

Wir empfehlen Ihnen, die beigefügte Patientenverfügung auszufüllen und alle zwei Jahre durch erneute Unterschrift zu bestätigen. Ergänzend dazu können Sie die o.g. Vorsorgevollmacht im Internet abrufen, ausdrucken und ausgefüllt und unterschrieben dieser Mappe beifügen.

Im Sinne der Rechtsgültigkeit ist es ratsam, die Formulare amtlich beglaubigen zu lassen (nicht zwingend erforderlich).

Wer seine eigenen Angelegenheiten aufgrund des Alters, einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr ganz oder nur teilweise regeln kann, findet Hilfe und Vertretung im Rahmen der rechtlichen Betreuung.

Weitere Informationen erhalten Sie bei den Betreuungsstellen (siehe nachfolgende Seite).

## **Betreuungsstellen im Landkreis Osnabrück**

### **Sozialdienst Katholischer Frauen (SKF)**

Johannisstraße 91, 49074 Osnabrück

*Tel.* 0541 33876-10

*Mail* buero@skf-os.de

### **SKM Osnabrück e.V.**

Alte Poststraße 11, 49074 Osnabrück

*Tel.* 0541 331440

*Mail* info@skm-osnabrueck.de

### **Betreuungsverein der Diakonie Osnabrück e.V.**

Postanschrift: Lohstr. 11, 49074 Osnabrück

Büroeingang: Lohstr. 09, 49074 Osnabrück

*Tel.* 0541 800974-10

*Mail* info@btv-os-diakonie.de

### **Hilfe für Hörgeschädigte in Niedersachsen e.V. in Zusammenarbeit mit der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück**

Industriestraße 17, 49082 Osnabrück

*Tel.* 0541 9991-0

*Mail* info@os-hho.de

### **Landkreis Osnabrück – Soziale Aufgaben – Betreuung**

Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück

*Tel.* 0541 501-3439

*Mail* betreuungsstelle@lkos.de

## Verträge und Versicherungen

Wir empfehlen Ihnen, eine Liste aller Versicherungspolizen zu erstellen und zu vermerken, wo sich diese befindet.

- Lebensversicherung
- Unfallversicherung
- Haftpflichtversicherung
- Hausratversicherung
- Feuerversicherung
- Gebäudeversicherung
- KFZ-Versicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Sonstige Versicherungen: .....

Liste befindet sich: .....  
.....

Das Familienstammbuch befindet sich:.....  
.....

## Vorsorgende Entscheidungen für den Todesfall

- Es besteht eine Verfügung für den Todesfall. Sie ist hinterlegt bei: .....
- Es besteht eine Verfügung für den Bestattungswunsch. Sie ist hinterlegt bei: .....
- Es besteht ein Testament. Es ist hinterlegt bei: .....  
.....

## **Im Fall einer stationären Aufnahme / eines Krankentransportes beachten Sie bitte folgende Ratschläge:**

- Informieren Sie die Hilfskräfte am Telefon über Ihren genauen Standort (präzise Adressangabe, wenn möglich mit Wegbeschreibung).
- Wenn es Ihnen möglich ist (vor allem bei Dunkelheit), schalten Sie ein Außenlicht am Haus ein und/oder erleuchten Sie ein Fenster.
- Schaffen Sie Zugänge und Freiraum für die Hilfskräfte, bei liegenden Patient\*innen möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Stühle und Tische wegräumen).
- Leiten Sie Informationen an wichtige Personen weiter (evtl. Nachbarn wegen Haustieren / Post / Blumen / Pflegedienst).
- Überprüfen Sie die Ausstattung einer **Bereitschaftstasche**.

### **Ausstattung Bereitschaftstasche**

- Notfallmappe
- Morgenrock, Bademantel, evtl. Jogginganzug
- Toilettenartikel, Wasch- und Rasierzeug
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Hausschuhe, Strümpfe, Taschentücher
- gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- bisher einzunehmende Medikamente, wenn vorhanden mit Dosierung
- persönliche Gegenstände wie Buch, Foto, Zeitschriften
- Geld (nur geringer Betrag)
- Uhr oder Wecker
- bei Bedarf kleines Kopfkissen
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Krankenversicherungskarte, Krankenhauseinweisung

## Hier finden Sie den Notfallpass zum Ausschneiden für die Geldbörse.

Notfallausweise bekommen Sie auch in Apotheken und bei verschiedenen Wohltätigkeitsverbänden sowie ggfs. im Internet.

**Notfallpass**

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

Bitte verständigen Sie

Telefon:	Mobil:
Diabetiker:	Blutgruppe:
Polizei 110	Rettungsdienst 112

Eventuell weitere Angaben auf der Rückseite

Vollmacht Seite 1

## Vollmacht

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

### erteile hiermit Vollmacht an

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vor-  
nahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Fortsetzung Seite 2

Formular Vollmacht – Bundesministerium der Justiz, Stand: Januar 2023

**Anlage**

## 1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.  ja  nein
- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).  ja  nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.  ja  nein
- Solange es erforderlich ist, darf sie
  - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB)  ja  nein
  - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB)  ja  nein
  - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB)  ja  nein
  - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB)  ja  neinentscheiden.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  ja  nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.  ja  nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.  ja  nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.  ja  nein
- \_\_\_\_\_

Fortsetzung Seite 3

Formular Vollmacht – Bundesministerium der Justiz, Stand: Januar 2023

### 3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.  ja  nein

■

### 4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich  ja  nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**)  ja  nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen  ja  nein

- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**)  ja  nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**)  ja  nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen).  ja  nein

■

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

■

■

#### Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Fortsetzung Seite 4

**5. Post und Fernmeldeverkehr**

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.  ja  nein

**6. Vertretung vor Gericht**

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.  ja  nein

**7. Untervollmacht**

- Sie darf Untervollmacht erteilen.  ja  nein

**8. Betreuungsverfügung**

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.  ja  nein

**9. Geltung über den Tod hinaus**

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.  ja  nein

**10. Weitere Regelungen**

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

## Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

■ **Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Auf keinen Fall soll zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:**

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum

Unterschrift

# **Tasche für „Notfallgroschen“**

Hier haben Sie die Möglichkeit für einen eventuellen stationären Krankenhausaufenthalt ein wenig Bargeld bereitzuhalten.