



Rathaus



Blick von der Emscherquelle



Emscherquelle

Notfallmappe

für

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

wir alle können plötzlich und unerwartet auf fremde Hilfe angewiesen sein.

Die Gründe sind vielfältig und reichen von Unfällen sowie Krankheiten bis hin zum fortgeschrittenen Alter.

In solchen Situationen kann es vorkommen, dass der eigene Wille vorübergehend oder sogar dauerhaft nicht mehr zum Ausdruck gebracht werden kann.

Ihre Angehörigen und Ihre Vertrauenspersonen stehen in solchen Momenten oft unter Schock und hier soll Ihre persönliche Notfallmappe helfen. Die notwendigen Daten und Informationen sollten dort enthalten sein.

Informieren Sie Ihre Vertrauenspersonen über das Vorhandensein einer solchen Mappe und bewahren Sie diese dort auf, wo sie im Notfall leicht zugänglich ist.

Überprüfen Sie regelmäßig ihre Eintragungen, damit Erkrankungen, Medikamente, Allergien usw. immer auf dem aktuellsten Stand sind.

Hilfe beim Ausfüllen der Vordrucke erhalten Sie bei den Mitgliedern des Seniorenbeirats.

Zusätzlich zur gedruckten Form steht Ihnen die Notfallmappe auch im Internet unter www.seniorenbeirat-holzwickede.de zur Verfügung.

**Ulrike Drossel
Bürgermeisterin
der Gemeinde Holzwickede**

**Beate Hahn-Heinrichs
Vorsitzende des
Seniorenbeirats der
Gemeinde Holzwickede**

Inhalt

Wichtige Rufnummern (Stand März 2018).....	Seite 1
Persönliche Daten.....	Seite 2
- Kinder.....	Seite 3
Im Notfall zu benachrichtigen.....	Seite 4
- im Notfall zu beachten.....	Seite 4
Krankenversicherung/en.....	Seite 5
- private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung.....	Seite 5
- private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung.....	Seite 5
Hausarzt.....	Seite 6
Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin.....	Seite 6
Apotheke.....	Seite 6
Mein ambulanter Pflegedienst.....	Seite 6
Ärztliche Behandlungen – ambulant.....	Seite 7
Medikamente.....	Seite 8
Zahnärztliche Behandlungen.....	Seite 9
Klinische Behandlungen – stationär	Seite 9
Weitere medizinische Daten.....	Seite 10 – 11
Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung.....	Seite 12
Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung	Seite 13
Bestattungsvorsorge / andere Verfügungen nach dem Tode.....	Seite 14
Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden	Seite 15
Versicherungen	Seite 16
- Lebensversicherung.....	Seite 16
- Unfallversicherung.....	Seite 16
- Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung.....	Seite 16
Weitere Versicherungen.....	Seite 17
- Privathaftpflichtversicherung.....	Seite 17
- Hausratversicherung.....	Seite 17

- Feuerversicherung	Seite 17
Weitere Versicherungen.....	Seite 18
- Gebäudeversicherung.....	Seite 18
- Privatrechtsschutzversicherung.....	Seite 18
- Verkehrsrechtsschutzversicherung.....	Seite 18
- Kraftfahrzeugversicherung.....	Seite 19
- Zweites Fahrzeug.....	Seite 19
- Sonstige Versicherungen.....	Seite 20
Steuernummer – Steuer-Identifikationsnummer.....	Seite 21
- als Arbeitnehmer.....	Seite 21
- als Selbständiger (Gewerbe, freie Berufe, Landwirtschaft).....	Seite 21
- Nebenberuf / Nebentätigkeit	Seite 21
Rente / Vorsorge.....	Seite 22
- gesetzliche Rentenversicherung.....	Seite 22
- Betriebsrente / Zusatzversorgung.....	Seite 22
- Beamtenversorgung.....	Seite 22
Finanzen.....	Seite 23
- Girokonten.....	Seite 23
- Sparkonten.....	Seite 23
Weitere Konten.....	Seite 24
Bankschließfach.....	Seite 24
Bausparverträge	Seite 25
Verbindlichkeiten.....	Seite 26
Grund- und Immobilieneigentum.....	Seite 27
Bestehende Verträge.....	Seite 28 - 29
Bestehende Abonnements.....	Seite 30 - 31
Fahrzeuge.....	Seite 32
Mitgliedschaften.....	Seite 33
Für den Todesfall.....	Seite 34 - 35
Information des Seniorenbeirats Holzwickede	Seite 36

Seite 1

Wichtige Rufnummern (Stand März 2018)

Bei Notruf, nicht vergessen den Ortsnamen Holzwickede zu nennen.

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	110
Feuerwehr	112
Rettungsdienst / Notarzt	112
Zentrale für den ärztlichen Notdienst Holzwickede	112
Krankenförderung Hellweg Ambulanz	02303/952 75 05
Marienkrankenhaus Schwerte, Goethestraße 19	02304/109-0
Marienkrankenhaus Schwerte, Schützenstraße 9	02304/202-0
Kath. Krankenhaus, Unna	02303/100-0
Evgl. Krankenhaus, Unna	02303/106-0
Giftnotruf	0228-192 40
Telefonseelsorge • Evangelisch 0800 111 0 111 • Katholisch 0800 111 0 222	
Elterntelefon	0800 111 0 550
Verbraucherzentrale Unna	02303/59 25 05
Deutsche Rentenversicherung	01806 12 45 78
EC-Kartensperrung	116 116
Kreisleitstelle Unna	02303/160 01 02 03 04
Polizeistation Unna	02303/ 921-0

Persönliche Daten
am:

erstellt

Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Konfession	
Kirchengemeinde	

Familienstand	
Ehegatte: Name, Vorname/n	
Evtl. früherer Name des Ehegatten	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	
Handy des Ehegatten	
Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils	

Raum für weitere Anmerkungen

Persönliche Daten

Kinder

Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	

Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	

Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	

Im Notfall zu benachrichtigen

Name	
Vorname/n	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Telefax	

Name	
Vorname/n	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Telefax	

Im Notfall zu beachten

Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:

--

Krankenversicherung/en

Name der Krankenkasse	
Anschrift	
Telefonnummer	
Nr. der Versicherungskarte	
Versicherungskarte befindet sich	

Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Private Krankenversicherung / Pflegegeldzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Hausarzt

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handy	

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	

Apotheke:

Name und Anschrift der Apotheke	
Telefonnummer / E-Mail	

Mein ambulanter Pflegedienst:

Name und Anschrift des Pflegedienstes	
Telefonnummer / Mail	
Telefax / E-Mail	

Ärztliche Behandlungen - ambulant –

[illegible]

Medikamente

[illegible]

Zahnärztliche Behandlungen

[illegible]

Klinische Behandlungen

- stationär -

[illegible]

Weitere medizinische Daten

Blutgruppe			
Blutspenderausweis	☐ ja	☐ nein	
Impfungen	☐ ja	☐ nein	
Impfbuch vorhanden	☐ ja	☐ nein	
Impfbuch befindet sich			
Impfung gegen			

Allergien	☐ ja	☐ nein	
Allergiepass vorhanden	☐ ja	☐ nein	
Allergiepass befindet sich			
Allergie gegen			

Diabetes	☐ ja	☐ nein	
Welcher Typ	☐ Typ1	☐ Typ2	
Insulin	☐ ja	☐ nein	Zeitschema siehe Seite 13
Tabletten	☐ ja	☐ nein	
Ausweis vorhanden	☐ ja	☐ nein	
Ausweis befindet sich			

Anfallsleiden	☐ ja	☐ nein	
Nähere Beschreibung			

HIV	☐ ja	☐ nein	
Nähere Beschreibung			

Schwerbehinderungen	☐ ja	☐ nein	
Grad der Behinderung und Merkzeichen			
Art der Behinderung			

Implantate	☐ ja	☐ nein	
Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)			

Transplantationen	☐ ja	☐ nein	
Art der Transplantation und weitere Angaben			

Organspenderausweis	☐ ja	☐ nein	
Ausweis befindet sich			

Röntgenpass	☐ ja	☐ nein	
Ausweis befindet sich			

Sonstiges

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- **Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des**
 - **Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten angeben.**
 - **(Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)**
- **Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)**
- **Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen**
 - **Kleinere Möbel, (wie Tische und Stühle, wegräumen)**
- **Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung**
- **Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringen Betrag)**
- **Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe**
- **Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe**
- **Bisher einzunehmende Medikamente mitgeben**
- **Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen**
- **evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)**
- **Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)**
- **ggf. Pflegedienst benachrichtigen**

☐ **Vorsorgevollmacht**

Ich habe am _____. eine Vorsorgevollmacht errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon / E-Mail:	
Notariell beurkundet:	
Name, Anschrift:	

☐ **Betreuungsverfügung**

Ich habe am _____. eine Betreuungsverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon / E-Mail:	
Notariell beurkundet:	
Name, Anschrift:	

☐ **Patientenverfügung**

Ich habe am _____. eine Patientenverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort	
Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon / E-Mail:	
Notariell beurkundet:	
Name, Anschrift:	

☐ **Bestattungsvorsorge**

Ich habe am __.__.__ eine Bestattungsvorsorge errichtet.

Aufbewahrungsort	
Bestattungsunternehmer:	
Name:	
Anschrift:	
Telefon / E-Mail:	
eingezahlter Betrag:	
am:	
bei:	

Andere Verfügungen nach meinem Tode:

[illegible]

Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:

[illegible]

Versicherungen

Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Weitere Versicherungen

Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Hausratversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Feuerversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Weitere Versicherungen

Gebäudeversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Privatrechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Verkehrsrechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Kraftfahrzeugversicherung

- erstes Fahrzeug -

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	
Versichertes Fahrzeug	

- zweites Fahrzeug

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	
Versichertes Fahrzeug	

Insassenunfallversicherung

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Versicherungsagentur / Makler Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Sonstige Versicherungen

Wichtige Angaben: Versicherungsart, Versicherungsgesellschaft, (Anschrift/Agentur), Versicherungsnummer	
--	--

Folgende Versicherungen können bzw. müssen gekündigt werden:

a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	
g)	
h)	

Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

Steuernummer	
-Identifikationsnummer	

**Erwerbstätigkeit
als Arbeitnehmer**

Arbeitgeber Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Personalnummer	
Sozialversicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Als Selbständiger (Gewerbe, freie Berufe, Landwirtschaft)

Art der Selbständigkeit	
Anschrift der Firma	
Zuständiges Finanzamt	
Steuernummer	
Handelsregister	
Weitere Angaben	

Nebenberuf / Nebentätigkeit

Beschreibung der Tätigkeit	
Weitere Angaben	

Rente / Vorsorge / Gesetzliche Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Bescheid/e vom	
Unterlagen befinden sich	

Grundsicherung nach SGB II / XII	☐ ja	☐ nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Betriebsrente / Zusatzversicherungen

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Arbeitgeber	
Unterlagen befinden sich	

Versicherungsgesellschaft Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Personalnummer/ Aktenzeichen	
Unterlagen befinden sich	

Finanzen

Girokonten

Geldinstitut Name und Anschrift	
IBAN	
BIC	
EC-Karte / Kredit Karte	
Zusätzlich verfügbungsberechtigt	

Geldinstitut Name und Anschrift	
IBAN	
BIC	
EC-Karte / Kredit Karte	
Zusätzlich verfügbungsberechtigt	

Sparkonten

Geldinstitut Name und Anschrift	
IBAN	
BIC	
Zusätzlich verfügbungsberechtigt	
Unterlagen befinden sich	

Weitere Konten

Geldinstitut	
Name und Anschrift	
IBAN	
BIC	
Zusätzlich verfügungsberechtigt	
Unterlagen befinden sich:	
Geldinstitut	
Name und Anschrift	
IBAN	
BIC	
Zusätzlich verfügungsberechtigt	
Unterlagen befinden sich	

Bankschließfach

Geldinstitut	
Name und Anschrift	
Schließfachnummer	
Bankleitzahl	
Zusätzlich verfügungsberechtigt	
Unterlagen und Schlüssel befinden sich:	

Bausparverträge

Bausparkasse Name und Anschrift	
Bausparnummer	
Unterlagen befinden sich	

Bausparkasse Name und Anschrift	
Bausparnummer	
Unterlagen befinden sich	

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber Name und Anschrift	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

Darlehensgeber Name und Anschrift	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

Darlehensgeber Name und Anschrift	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grundbesitzes (z.B. Wiese, Wald Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z.B. Wohnhaus, Garage)				
Anschrift				
Flur-Nr. / Gemarkung				
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)				
Eigentumsverhältnis	☐	Alleineigentum	☐	Miteigentümer
Name / Anschrift des/der Miteigentümer				
Unterlagen befinden sich				

Art des Grundbesitzes (z.B. Wiese, Wald Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z.B. Wohnhaus, Garage)				
Anschrift				
Flur-Nr. / Gemarkung				
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)				
Eigentumsverhältnis	☐	Alleineigentum	☐	Miteigentümer
Name / Anschrift des/der Miteigentümer				
Unterlagen befinden sich				

Bestehende Verträge:

z. B. Mietvertrag, Strom, Gas, Wasser, Telefon, Internet, GEZ usw.

Bitte denken sie auch an ihre Abo-Verträge fürs Internet mit Kennnummer

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	
Vertragspartner Name und Anschrift	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	
Vertragspartner Name und Anschrift	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	
Vertragspartner Name und Anschrift	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	
Vertragspartner Name und Anschrift	

Bestehende Abonnements

z.B. Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, Internet usw.

Abonnement	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Bestehende Abonnements

z.B. Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, Internet usw.

Abonnement	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

Fahrzeuge

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
Amtliches Kennzeichen	
Regelmäßiger Standort	
KFZ-Brief befindet sich	

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
Amtliches Kennzeichen	
Regelmäßiger Standort	
KFZ-Brief befindet sich	

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
Amtliches Kennzeichen	
Regelmäßiger Standort	
KFZ-Brief befindet sich	

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
Amtliches Kennzeichen	
Regelmäßiger Standort	
KFZ-Brief befindet sich	

Mitgliedschaften**In Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.**

Mitglied bei	
Ansprechpartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	

Mitglied bei	
Ansprechpartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	

Mitglied bei	
Ansprechpartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	

Mitglied bei	
Ansprechpartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	

Mitglied bei	
Ansprechpartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	

Mitglied bei	
Ansprechpartner Name und Anschrift	
Telefonnummer	

Für den Todesfall

Mein Testament ist hinterlegt bei:

Name	
Anschrift	
Telefonnummer	

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen.

Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

1. Todesfall zu Hause: (Haus-) Arzt benachrichtigen, der den Totenschein ausstellt.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Egal ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen
oder nicht, folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:
 - Personalausweis und/oder Reisepass
 - Totenschein
 - Geburtsurkunde
 - Heiratsurkunde
 - ggf. Scheidungsurteil
 - ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
 - Krankenversicherungskarte
 - Versicherungspolice: Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherung
 - Post / Bankvollmacht über den Tod hinaus
 - Mitteilung der letzten Rentenanpassung
 - Falls vorhanden, Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag
4. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:
 - ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
 - Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
 - Änderungsantrag für Rentenauszahlung (siehe Seite 35)
 - Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde
 - Beantragung des Erbscheines beim zuständigen Amtsgericht (ggf. Testament vorlegen)

- Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.
 - Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften, etc.), Vereinen und Verbänden
 - Kündigung von Gas, Strom, Wasser, Telefon, Internet, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen.
 - ggf. Haushaltsauflösung veranlassen.
5. Zu organisieren sind:
- Art und Durchführung der Bestattung
 - Überführung des Leichnams durch den Bestatter
 - (Sterbeurkunde beifügen)
 - Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente (Rentenversicherungsträger)
 - Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
 - ggf. Pflegedienst benachrichtigen

Änderungsantrag für die Rentenauszahlung finden Sie unter:

www.deutsche-rentenversicherung.de

Diese Notfallmappe ist mit Unterstützung des Seniorenbeirates der Gemeinde Holzwickede zustande gekommen.

Die Notfallmappe wurde vom Seniorenbeirat der Gemeinde Holzwickede, unter Berücksichtigung der Belange der Gemeinde Holzwickede, mit größter Sorgfalt erstellt.

Für eventuelle Fehler kann weder die Gemeinde Holzwickede noch der Seniorenbeirat verantwortlich oder haftbar gemacht werden.

Bitte beachten Sie, dass die eingetragenen Daten nur die Personen Ihres Vertrauens zu lesen bekommen.

Wir empfehlen, eine gesonderte "Medizinische Notfallmappe" aus den Seiten 5-18 zu drucken bzw. zu kopieren, die Sie in der Nähe vom Telefon griffbereit zur Verfügung haben.

**Seniorenbeirat der Gemeinde Holzwickede
Beate Hahn-Heinrichs (Vorsitzende)**

März 2018

Die Fotos wurden zur Verfügung gestellt von:

Bild „Rathaus“ von Dieter Ewerth, Holzwickede

**Bilder „Emscherquelle“ und „Blick von der Emscherquelle“
von Karl Stadler, Holzwickede**