



Seniorenbeirat Stadt Weiden in der Oberpfalz

Seniorenbeirat
Seniorenfachstelle
NOT

Seniorenbeirat
Seniorenfachstelle
FALL

Seniorenfachstelle
Seniorenbeirat
MAPPE

Seniorenfachstelle

Seniorenbeirat

für

Name:

Geb.datum:

Grußwort

Liebe Seniorinnen und Senioren,

Übersicht über die Dinge des täglichen Lebens ist eine wichtige Grundlage für ein selbstbestimmtes Leben. Bei Eintritt von Hilfsbedürftigkeit durch Unfall oder Krankheit erleichtert diese übersichtliche Mappe Angehörigen und Helfern, Entscheidungen nach Ihren persönlichen Vorgaben zu treffen.

Der Seniorenbeirat hat dazu die Notfallmappe nach heutigem aktuellen Stand überarbeitet und mit einer Checkliste für den digitalen Nachlass ergänzt.

Machen Sie von dieser Arbeitshilfe Gebrauch und weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf diese Möglichkeit der Vorsorge hin. Ergänzen bzw. aktualisieren Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie die Mappe leicht erreichbar auf.

(Die Checkliste für den digitalen Nachlass verwahren Sie bitte getrennt und verschlossen.)

Wir hoffen, die neu aufgelegte Notfallmappe erleichtert es Ihnen, für Ihren persönlichen Überblick wichtige Dinge zu ordnen und damit zugleich notwendige Vorsorge für Unfall und Krankheit zu leisten.

Ihre
Seniorenfachstelle
der Stadt Weiden i.d. OPf.

Ihr
Vorstand des Seniorenbeirats
der Stadt Weiden i.d. OPf.

Wichtige Rufnummern

Ärztlicher Bereitschaftsdienst:	116 117
Feuerwehr:	112
Rettungsdienst:	112
Polizei:	110
Giftnotrufzentrale:	089 19240
Ambulanter Pflegedienst:	_____
Hausarzt/Facharzt:	_____
Bevorzugtes Krankenhaus:	_____
<hr/>	
Stadt- / Gemeindeverwaltung:	0961 - 810
EC-Kartensperrung:	116 116

Vorsorgedokumente vorhanden:

Patientenverfügung:	ja 0 nein 0
Betreuungsverfügung:	ja 0 nein 0
Vorsorgevollmacht:	ja 0 nein 0
Organspendeausweis:	ja 0 nein 0

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geb.datum/Geb.ort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ehepartner: _____

Lebensgefährte: _____

Arbeitgeber/Selbstst.: _____

Steuer-ID: _____

Im Noffall zu benachrichtigen:

Name, Vorname, Tel., Verhältnis zur Person:

Medizinische Daten

Blutgruppe: _____

Allergien und chronische oder akute Erkrankungen:

Implantate/Transplantationen:

Blutgerinnungshemmende Substanzen

falls ja, welche: _____

Medikamente:

**Aktueller Medikamentenplan, falls vorhanden,
bitte den Unterlagen beifügen!**

Versicherungen (Angaben regelmäßig aktualisieren)

Gesetzliche Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Priv. Krankenversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Zusatzversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Priv. Pflegeversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Versicherungen (Angaben regelmäßig aktualisieren)

Sterbegeldversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Lebensversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Unfallversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Gew. Haftpflichtversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Versicherungen (Angaben regelmäßig aktualisieren)

Haftpflichtversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Hausratversicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

KFZ-Versicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Vers.Nummer: _____

Weitere Versicherungen:

Girokonten

Bank/Sparkasse:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank/Sparkasse:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank/Sparkasse:

IBAN: _____

BIC: _____

Sparbuch:

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditkarte:

Kartennr.:

IBAN: _____

BIC: _____

Bankvollmacht/Verfügungsberechtigung:

Name, Vorname:

Erreichbarkeit:

Weitere Konten

Bank/Sparkasse: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bank/Sparkasse: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bank/Sparkasse: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bausparverträge:

Nr.: _____

bei: _____

Wertpapiere, Aktien, sonstige Vermögensgegenstände:

Renten

Altersrente:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Vers.Nummer:

Witwen-/Witwerrente:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Vers.Nummer:

Priv. Rentenversicherung:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Vers.Nummer:

Riester-Rente:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Vers.Nummer:

Digitale Medien/Registrierungen:

(E-Mails / soziale Netzwerke, z. B. Facebook, Whatsapp, GMX.de, Amazon, etc.)

Internetseite/Account: _____

Benutzername: _____

Passwort: _____

Internetseite/Account: _____

Benutzername: _____

Passwort: _____

Internetseite/Account: _____

Benutzername: _____

Passwort: _____

Internetseite/Account: _____

Benutzername: _____

Passwort: _____



Seniorenfachstelle

Unsere Aufgaben:

- Ansprechpartner für Seniorinnen und Senioren und deren Angehörige
- Beratung zu Wohnmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten
- Förderung der aktiven und selbstbestimmten Lebensgestaltung
- Fortführung des seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes
- Geschäftsführung des Seniorenbeirates
- Vernetzungsarbeit zu bestehenden Beratungsangeboten für Seniorinnen und Senioren

Besucheranschrift:

Stadtteilzentrum „Neue Mitte“, Am Stockerhutpark 1
92637 Weiden i.d. OPf.

Postanschrift:

Neues Rathaus, Dr.-Pfleger-Straße 15
92637 Weiden i.d. OPf.

Tel.: 09 61 / 81 51 58

E-Mail: seniorenfachstelle@weiden.de

Seniorenbeirat der Stadt Weiden

Ansprechpartner:

Geschäftsstelle des Seniorenbeirates

Postanschrift

Dr.-Pfleger-Straße 15
92637 Weiden i.d. OPf

Besucheranschrift:

Stadtteilzentrum „Neue Mitte“
Am Stockerhutpark 1
92637 Weiden i.d. OPf

Telefon: 09 61 / 81 - 51 58

E-Mail: seniorenbeirat@weiden.de

Impressum

Herausgeber: Seniorenfachstelle der Stadt Weiden,
Stockerhutweg 1, 92637 Weiden i.d. Oberpfalz

Satz: www.peterklein.photos

Druck: www.wittmann.media