



Überreicht durch:  
Alzheimer Gesellschaft Mülheim an der Ruhr e.V.  
Tourainer Ring 4, 45468 Mülheim an der Ruhr  
Tel.: 0208 / 99 10 76 70  
Fax: 0208 / 3 00 48 10

# NOTFALLMAPPE

für die Einweisung in ein Krankenhaus

Diese Notfallmappe gehört:

.....

Gefördert durch:





## Herausgeber und Projektträger

GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH  
Loher Straße 7, 42283 Wuppertal  
info@sozialeprojekte.de  
www.sozialeprojekte.de

## V.i.S.d.P.

Andrea Büngeler und Katharina Benner, Geschäftsführung GSP

## Texte und Redaktion

Dr. Susanne Angerhausen  
Sandra Bachmann

## Layout und Gestaltung

Dr. Susanne Angerhausen  
Sandra Bachmann  
Magdalena Kozikowski

## Zur Entstehung der Notfallmappe

Die Notfallmappe ist eine der Hilfen für Menschen mit Demenz, die wir im Rahmen des Projektes „Blickwechsel Demenz. Regional.“ in Herdecke entwickelt haben.

Das Projekt kümmert sich darum, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer Demenz zu verbessern. Wie gut diese Versorgung ist – das ist davon abhängig, wie gut die Beteiligten zusammenarbeiten, z.B. Haus- und Fachärztinnen/-ärzte, Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, Mitarbeiter/-innen ambulanter Pflegedienste und Menschen, die sich in der Beratung und Betreuung von pflegenden Angehörigen engagieren. Mit dem Projekt wollen wir diese Zusammenarbeit fördern und weiterentwickeln.

Menschen mit einer Demenz, die noch zu Hause leben, kommen oft ohne entsprechende Informationen zu ihrem Gesundheitszustand, ihren Gewohnheiten oder Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ins Krankenhaus. Hier soll unsere Notfallmappe helfen.

Wir konnten die Notfallmappe gemeinsam mit folgenden Institutionen entwickeln: Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Pflegeberatung der Stadt Herdecke, GVS Herdecke, Familien- und Krankenpflege Herdecke, mobile – Unterstützungsangebote für pflegende Angehörigen in Witten sowie niedergelassenen Ärzten aus der Modell Herdecke Plus.

Weitere Informationen zum Projekt unter: [www.blickwechseldemenz.de](http://www.blickwechseldemenz.de)

## Nutzungshinweise

Die „GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH“ als geistiger Urheber dieser Publikation gestattet, dass dieses Dokument von Dritten kopiert, verbreitet und in modifizierter Form genutzt wird. Der Urheber muss jedoch auf dem Dokument genannt sein und zugleich über Verwendung und ggf. Modifikationen informiert werden.

**Name** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**Versichertennummer** \_\_\_\_\_

### **Im Notfall zu benachrichtigen**

Name \_\_\_\_\_

Adresse/Tel. \_\_\_\_\_

Beziehung zur/  
zum Erkrankten \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte/-r                       rechtliche/r Betreuer/-in

### **Weitere Ansprechpartner/-in**

Name \_\_\_\_\_

Adresse/Tel. \_\_\_\_\_

Beziehung zur/  
zum Erkrankten \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte/-r                       rechtliche/-r Betreuer/-in

## Inhaltsverzeichnis Notfallmappe

1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern
2. Meine Medikamentenliste  
*Ausdruck Ihrer Fach- und Hausarztpraxis oder Ihrer Apotheke*
3. Krankheiten/Diagnosen  
*Ausdruck Ihrer Hausarztpraxis oder letzte Krankenhausberichte*
4. Vorsorgedokumente  
*Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung*
5. Informationsbogen für Patientinnen und Patienten mit einer Demenz bei der Aufnahme in ein Krankenhaus
6. Gebrauchsanweisung für die Notfallmappe
7. Weitere Dokumente, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern

**Familienstand**       ledig       verheiratet       verwitwet

**Wohnsituation**       alleinlebend       nicht alleinlebend

**Pflegestufe**       keine       1       2       3       beantragt

**Betreuungsleistung**       Grundbetrag 100 €       erhöhter Betrag 200 €

**Vorsorgevollmacht**       ja       nein      *(siehe Kopie im Anhang)*

**Patientenverfügung**       ja       nein      *(siehe Kopie im Anhang)*

### Meine Hausärztin / Mein Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### Meine Neurologin/Psychiaterin / Mein Neurologe/Psychiater

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

## Weitere Fachärztinnen/Fachärzte

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

## Mein Pflegedienst

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

## Weitere/-r Ansprechpartner/-in

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

# Meine Medikamentenliste

aktuelle Kopie vom Hausarzt/Facharzt/Apotheker

aktueller Stand:	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:



# **Krankheiten/Diagnosen**

**Ausdruck vom Hausarzt und wenn vorhanden  
letzte Krankenhausberichte**

# **Vorsorgedokumente**

**Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht,  
Betreuungsverfügung**

## 4. Vorsorgedokumente

Im Zusammenhang mit dem Begriff Vorsorgedokumente tauchen häufig die Begriffe **Patientenverfügung** (auch Patiententestament), **Vorsorgevollmacht** und **Betreuungsverfügung** auf.

### Die Vorsorgevollmacht oder Vollmacht zur Vorsorge

Eine Vorsorgevollmacht ist eine private Vereinbarung zwischen Ihnen und einer oder mehreren Personen Ihres Vertrauens. Sie ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Sie benennen die Person(en) Ihres Vertrauens, die bereit sind, für Sie zu handeln, wenn Sie bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Durch die Bevollmächtigung wird ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich. Diese Regelung gilt beispielsweise für Bank- oder Versicherungsgeschäfte, Behördengänge, Post und Fernmeldeverkehr, Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten und vor allem für Fragen zur Gesundheitsvorsorge und Pflegebedürftigkeit.

### Die Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung können Sie im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen medizinisch behandelt werden möchten, für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit. Sinn der Patientenverfügung ist, dass Sie Ihren Willen hinsichtlich der Behandlung von Krankheiten zu einem Zeitpunkt schriftlich niederlegen, zu dem eine solche Entscheidung noch eigenverantwortlich von Ihnen getroffen werden kann. Auf diese Weise wahren Sie Ihr Recht auf Selbstbestimmung, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar und einwilligungsfähig sind. Es kann sehr sinnvoll sein, in die Patientenverfügung Ihre persönlichen Wertvorstellungen, wie z.B. Ihre Einstellungen zum Leben und Sterben oder Ihre religiösen Anschauungen mit aufzunehmen.

Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass eine Patientenverfügung schriftlich verfasst wird und eigenhändig von Ihnen unterschrieben werden muss. Es ist empfehlenswert, dass Sie Ihre Patientenverfügung regelmäßig (z.B. einmal im Jahr) bestätigen.

**Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht kann jederzeit formlos von Ihnen widerrufen werden. Eine Notarin oder ein Notar muss die Dokumente nicht beglaubigen.**

### **Die Betreuungsverfügung**

In einer Betreuungsverfügung können Sie für den Fall einer gesetzlichen Betreuung Vorschläge zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers sowie Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung äußern. Bei der Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers werden Ihre Wünsche durch das Betreuungsgericht i.d.R. berücksichtigt.

Weitere Informationen zu den Vorsorgedokumenten bekommen Sie kostenfrei bei:

#### **1. Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

Bundesweites Beratungstelefon

**Montag - Freitag von 10.00 bis 18.00 Uhr unter 0800-0 11 77 22**  
(kostenfrei aus dem deutschen Festnetz)

#### **2. Justizministerium NRW**

Expertentelefon zur Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsrecht **jeden ersten Donnerstag im Monat von 15.00 bis 16.30 Uhr unter 0180-3 10 02 12** (9 Cent/min)

# **Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei der Aufnahme in ein Krankenhaus (Alzheimer Gesellschaft)**

aktueller Stand:	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:

# Informationsbogen: Patient ..... mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

Adresse des Patienten:	.....
Angehöriger:	.....
	<input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter
	<input type="checkbox"/> anderer .....
Adresse des Angehörigen:	.....
Telefon:	.....
Rechtlicher Betreuer:	.....
Adresse des Betreuers:	.....
Telefon:	.....
Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht:	<input type="checkbox"/> vorhanden
	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden

**Kontaktaufnahme erwünscht bei ...**

zunehmender Unruhe des Kranken	Einleitung von Schutzmaßnahmen
<input type="checkbox"/> fehlender Kooperation in Pflegesituationen	<input type="checkbox"/> Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme

Sonstiges: .....

rund um die Uhr  nur von ..... bis ..... Uhr

Angehöriger	Betreuer
-------------	----------

**Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:**

Religion: .....

Regionale Herkunft / Heimat: .....

weiter:

**Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:**

Muttersprache/  
Dialekt: .....

Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk): .....

Stolz/  
Bedeutsames: .....

**Einschränkungen Sehen:**

leicht  schwer  Brille vorhanden

**Einschränkungen Hören:**

leicht  schwer  Hörgerät vorhanden

**Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...**

weitgehend erhalten	kurze Fragen werden verstanden	sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte
<input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt	<input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden	

**Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...**

<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten	<input type="checkbox"/> kurze Sätze können gebildet werden	<input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte
--	---	--

nicht möglich, weil .....

**Nähe und Distanz: Der Patient ...**

reagiert positiv auf Körperkontakt  hält lieber Distanz

kann abrupt ablehnend reagieren, wenn .....

**Gewohnheiten im Tagesverlauf:**

morgens (z. B. zuerst Frühstück): .....

mittags (z. B. Ruhepause): .....

abends (z. B. Getränk, Rituale): .....

**Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:**

Zur Entspannung: .....

Zum Einschlafen: .....

In Stresssituationen: .....

In Pflegesituationen: .....





(Name)

# Informationsbogen: Patient ..... mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

**Verhalten:**

Wünsche und Vorlieben: .....

.....

.....

Ärger/ abwehrendes Verhalten bei: .....

.....

.....

Angst bei: .....

.....

.....

Weglauf-tendenzen .....

.....

.....

**Essen und Trinken:**

erkennt Essen	erkennt Getränke	isst selbstständig
---------------	------------------	--------------------

<input type="checkbox"/> trinkt selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Ansprache / Erinnerung	<input type="checkbox"/> benötigt Zeit / Geduld bei den Mahlzeiten
---	---	--

Besteck in die Hand legen	Hand führen/ Bewegung führen	isst mit den Fingern
---------------------------	------------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/> Gebiss vorhanden	Tägliche Trinkmenge ..... ml
---	------------------------------

Risiken (z.B. Verschlucken): .....

.....

.....

Bevorzugte Speisen und Getränke: .....

.....

.....

Abneigung/ Unverträglichkeiten: .....

.....

.....

weiter:  
**Essen und Trinken:**

Hilfestellung bei: .....

.....

.....

Abwehrendes Verhalten bei: .....

.....

.....

**Ruhen und Schlafen:**

Ruhe und Schlaf ohne Probleme	Einschlafstörungen	nächtliches Aufstehen
-------------------------------	--------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Toiletten-gänge gegen ..... Uhr	<input type="checkbox"/> geht zu Bett gegen ..... Uhr	<input type="checkbox"/> wacht auf gegen ..... Uhr
--	---	--

Einschlaf-gewohnheiten: .....

.....

.....

Bei Einschlafstörungen/nächtlicher Unruhe hilft: .....

.....

.....

**Körperpflege:**

Körperpflege selbstständig	wäscht sich am Waschbecken selbst	benutzt Waschlappen/ -handschuh
----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/> wäscht Oberkörper selbstständig	<input type="checkbox"/> bevorzugt Wannenbad	<input type="checkbox"/> bevorzugt Duschen
--	--	--

Hilfestellung nötig bei: .....

.....

.....

Abwehrendes Verhalten bei: .....

.....

.....

weiter:  
**Körperpflege:**

Risiken (z.B. Empfindlichkeiten der Haut): .....

.....

.....

**An- und Auskleiden:**

Liebblings-kleidungsstück: .....

.....

.....

Besonderheiten: .....

.....

.....

Abwehrendes Verhalten bei: .....

.....

.....

**Ausscheiden:**

Kontrolle der Blase	Kontrolle des Darms	erkennt Toilette
---------------------	---------------------	------------------

Feste Toilettenzeiten: .....

.....

.....

**Hilfsmittel:**

Urinflasche	Steckbecken	Einlage
-------------	-------------	---------

Vorlage

Sonstiges: .....

.....

.....



## **6. Gebrauchsanweisung für die Notfallmappe**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Notfallmappe soll Ärztinnen, Ärzten und Fachkräften bei einer Einweisung in ein Krankenhaus alle wichtigen Informationen zu Ihrer Person auf einen Blick ermöglichen.

Daher ist es wichtig, dass Sie oder Ihre Angehörigen diese Informationen immer auf dem aktuellen Stand und für den Notfall bereithalten. Das bedeutet:

- Ⓜ **Halten Sie die Notfallmappe immer griffbereit und sichtbar und nehmen Sie die Mappe zu allen Arztterminen mit.**
- Ⓜ **Bitte Sie in Ihrer Arztpraxis oder Apotheke regelmäßig um eine aktuelle Medikamentenliste und die aktuellen Diagnosen.**
- Ⓜ **Ergänzen Sie bitte auch die Medikamente, die Sie nicht von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt verordnet bekommen, aber regelmäßig einnehmen (z.B. Vitamintabletten oder Abführmittel).**
- Ⓜ **Heften Sie die letzten Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus in die Notfallmappe ab.**
- Ⓜ **Aktualisieren Sie den Informationsbogen mit ihren persönlichen Daten, falls sich etwas ändert.**
- Ⓜ **Legen Sie in die Notfallmappe nur Kopien und keine Originale.**



**weitere Dokumente**