

Krankenversicherung

Name: _____

Telefon: _____

Nr. der
Gesundheitskarte: _____

Wo befindet sich die Gesundheitskarte?

Zusatzversicherungen:

Medikamente

**Diesen Punkt sollten Sie evtl. mit Ihrem
Hausarzt ausfüllen und in regelmäßigen
Abständen aktualisieren!**

Name des Medikamentes und Einnahme:
(morgens, mittags, abends oder nachts)

Wichtige Rufnummern

Nächster Angehöriger:

Name: _____

Telefon: _____

Feuerwehr, Rettungsdienst: 112

Polizei, Notruf: 110

Polizei Landsberg: 08191 9320

Ambulanter Pflegedienst: _____

Apotheke: _____

Hausarzt: _____

Hausärztlicher Notdienst: 116 117 (gebührenfrei)

Ärztl. Bereitschaftsdienst: 01805 191212

Ev. Pfarramt in Kaufering: 08191 7275

Kath. Pfarramt Maria Himmelfahrt
in Kaufering: 08191 7183

Netzwerk Kaufering: 08191 976066

Rathaus: 08191 6640

Notruf Wasser: 08191 664443

Notruf Strom: 0800 5396380

Notruf Nahwärme: 08191 664444

Notruf Gas: 0800 1828384



Seniorenbeirat Kaufering



Den Seniorenbeirat erreichen Sie telefonisch
unter der Nummer 08191 7766
Dr. Börries Graf zu Castell
Ahornring 124
86916 Kaufering

Wichtige Informationen für den Notfall

**Bitte möglichst neben das
Telefon legen!**

*Diese Notfallbroschüre finden Sie auch unter
www.kaufering.de als PDF-Dokument
zum Download.*

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

jeder von uns kann ganz plötzlich
- durch Krankheit oder Unfall - auf Hilfe
angewiesen sein. Deshalb hat der Senioren-
beirat des Marktes Kaufering diese Notfall-
broschüre erstellt.

Das Falblatt soll dazu beitragen, dass Sie
und Ihre Angehörigen auf einen Notfall
besser vorbereitet sind.

Für den Notfall finden Sie hier die wichtigs-
ten Ansprechpartner und ihre Telefonnum-
mern.

Ihre persönlichen Angaben ergänzen Sie
bitte selbst, falls nötig, mit Hilfe einer
Person Ihres Vertrauens.

Einträge zu den Medikamenten besprechen
Sie bitte mit Ihrem Hausarzt oder Ihrem Pfl-
gedienst. Vergessen Sie nicht, die Angaben
regelmäßig zu überprüfen, ggf. zu ändern und
mit dem Datum der Aktualisierung zu verse-
hen:

_____ Tag _____ Monat _____ Jahr

*Darüber hinaus empfehlen wir eine Vorsorge-
vollmacht und eine Patientenverfügung.*

Persönliche Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Im Notfall zu benachrichtigen:

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Hausarzt:

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Wo sind diese hinterlegt?

Ich habe eine/n gerichtlich bestellten
Betreuer/in: ja nein
Name/Telefon: _____ / _____

Allergien: _____

Medikamenten-
unverträglichkeit: _____

Herzschrittmacher: _____

künstliche Gelenke etc.: _____

Organspenderausweis vorhanden?
 ja nein

Organspenderausweis befindet sich: