



Älter werden  
in Schleswig Holstein

# Notfallmappe für

---



Seniorenbeirat der Stadt Kappeln

Schutzgebühr 2,00 €

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort.....	3
Persönliche Daten.....	4
Im Notfall zu benachrichtigen.....	6
Wichtige Rufnummern.....	7
Hausarzt / Apotheke.....	8
Ärztliche Behandlungen.....	9
Medikamente.....	10
Zahnärztliche Behandlungen.....	11
Klinische Behandlungen.....	11
Weitere medizinische Daten.....	12
Vorsorgevollmacht / Betreuungs- / Patientenverfügung.....	14
Krankenversicherung.....	15
Weitere Versicherungen.....	16
Renten / Versorgung.....	21
Erwerbstätigkeit.....	22
Finanzen.....	23
Grund- und Immobilieneigentum.....	26
Bestehende Verträge / Abonnements.....	27
Mitgliedschaften.....	30
Todesfall - Hinweis.....	31
Maßnahmen für Krankenhauseinweisung.....	32
Notizen.....	33

*Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,*

*jede/jeder von uns kann plötzlich und unerwartet auf fremde Hilfe angewiesen sein. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von Unfällen sowie Krankheiten bis hin zum fortgeschrittenen Alter. In solchen Situationen kann es vorkommen, dass der eigene Wille dauerhaft oder vorübergehend nicht mehr zum Ausdruck gebracht werden kann.*

*Um den Umgang mit dieser Situation sowohl für Sie als Betroffene/Betroffenen als auch für Ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen möglichst unkompliziert zu gestalten, ist es wichtig, sich frühzeitig mit der Möglichkeit einer solchen Situation auseinanderzusetzen und entsprechende Vorkehrungen zu treffen.*

*Hierbei wollen wir Ihnen mit dieser Notfallmappe helfen. Sie können durch die hier enthaltenen Vordrucke für viele Situationen abschließende und rechtwirksame Entscheidungen treffen und so dafür Sorge tragen, dass im Ernstfall alles nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen geregelt wird. Unter anderem können Sie die Adressen Ihrer Ärzte, Versicherungen, Banken usw. eintragen und vermerken, wer im Notfall zu benachrichtigen ist.*

*Zudem können Sie alle unter Umständen lebenswichtigen Informationen, insbesondere über Erkrankungen, Allergien und Medikamente, festhalten. Entscheidend für den Nutzen der Mappe ist, dass die Einträge regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Die Mappe sollte am besten an einer Stelle aufbewahrt werden, die im Notfall für Ihren Angehörigen leicht zugänglich ist. Geeignete Aufbewahrungsorte wären z. B. bei Ihren Versicherungsunterlagen.*

*Gut vorgesorgt zu haben, gibt Ihnen ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen. Sie wissen so, dass auch bei Krankheit und Unfällen Ihre Angelegenheiten so geregelt sind oder werden, wie es Ihr Wunsch ist.*

*Weisen Sie zudem Ihre Vertrauenspersonen auf die Mappe hin, diese werden Ihnen bestimmt auch beim Ausfüllen der Vordrucke gerne helfen.*

*Wir hoffen daher, dass Sie sich entschließen, die Notfallmappe zu nutzen.*

*Die Herstellung dieser Mappe wird unterstützt*

*von der **Altenhilfe Stiftung Kappeln (ASK)**  
und der **in der Ev. Luth. Kirchengemeinde Kappeln**  
**Freie Alten- und Nachbarschaftshilfe Kappeln e.V. (Franka)***

# Persönliche Daten

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
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
Sonstige Angaben	

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
Sonstige Angaben	

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
Sonstige Angaben	

## 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:
--

Sonstiges

--

## Wichtige Rufnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall).....	110
Feuerwehr.....	112
Rettungsdienst / Notarzt.....	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst in S-H .....	116 117
Giftnotruf.....	0551 19 240
Margarethen Klinik Kappeln.....-	04642 521 00
Diako Krankenhaus Flensburg.....	0461 8120
Helios - Klinik Damp.....	04352 80 6001
Helios Klinikum Schleswig.....	04621 830
Martin-Luther-Krankenhaus Schleswig.....	04621 8120
Inland Klinik Eckernförde.....	04351 882 0
Telefonseelsorge	
Evangelisch.....	0800 11 10 111
Katholisch.....	0800 11 10 222
Opfer-Notruf und Info-Telefon.....	01803 34 34 34
Weißer Ring (kostenfrei).....	116 006
EC- Kartensperrung.....	116 116
Rathaus Kappeln.....	04642 183 0

# Hausarzt

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	
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	Telefax

## Mein ambulanter Pflegedienst:

Name und Anschrift des Pflegedienstes	
Telefonnummer	Telefax





## Zahnärztliche Behandlungen

Datum von/bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

## Klinische Behandlungen *- stationär -*

Datum von/bis	Grund des Klinikaufenthalts (Diagnose)	Name/Anschrift des behandelnden Arztes

## Weitere medizinische Daten

<b>Blutgruppe</b>	
Impfungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfbuch vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfbuch befindet sich	
Impfung gegen	

<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergiepass befindet sich	
Allergie gegen	

<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Insulin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tabletten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich	

<b>Anfallsleiden</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
nähere Beschreibung	

## Weitere medizinische Daten

<b>Schwerbehinderungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grad der Behinderung	

<b>Implantate</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art des Implantats (z. B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)	

<b>Transplantationen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Transplantation und weitere Angaben	

<b>Organspendeausweis</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich	

### Sonstiges

--

# Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

**Vorsorgevollmacht**

Ich habe am..... eine Vorsorgevollmacht errichtet.

Aufbewahrungsort:.....

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname .....

Anschrift: .....

Telefon/E-mail .....

**Betreuungsverfügung**

Ich habe am..... eine Betreuungsverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort:.....

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname .....

Anschrift: .....

Telefon/E-mail .....

**Patientenverfügung**

Ich habe am..... eine Patientenverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort:.....

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname .....

Anschrift: .....

Telefon/E-mail .....

# Krankenversicherung/en

## Gesetzliche Krankenkasse

<b>Name der Krankenkasse</b>	
Anschrift	
Telefonnummer	
Nr. der Versichertenkarte	
Versichertenkarte befindet sich	

## Private Krankenversicherung/Krankenzusatzversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Private Krankenversicherung/Pflegezusatzversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

# Weitere Versicherungen

## Lebensversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Begünstigter	
Unterlagen befinden sich	

## Unfallversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

# Weitere Versicherungen

## Privathaftpflichtversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Hausratversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Feuerversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

# Weitere Versicherungen

## Gebäudeversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Privatrechtsschutzversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Verkehrsrechtsschutzversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

# Weitere Versicherungen

## Kraftfahrzeugversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	
versichertes Fahrzeug	

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	
versichertes Fahrzeug	

## Insassenunfallversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
<b>örtl. Versicherungsagentur</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

# Weitere Versicherungen

## Sonstige Versicherungen

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

Folgende Versicherungen können gekündigt werden:

a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

# Rente/Vorsorge

## Gesetzliche Rentenversicherungen

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

## Zusatzversicherungen

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Beamtenversorgung

<b>Pensionsfestsetzende Behörde</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Personalnummer/ AktENZEICHEN	
Unterlagen befinden sich	

## Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

<b>Steuernummer</b>	
<b>-Identifikationsnummer</b>	

## Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer

<b>Arbeitgeber</b>	
Telefonnummer	
Personalnummer	
Sozialversicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## als Selbständiger (Gewerbe, Frei Berufe, Landwirtschaft)

<b>Art der Selbständigkeit</b>	
Anschrift der Firma	
zuständiges Finanzamt	
Handelsregister	
weitere Angaben	

## Nebenberuf/Nebenbeschäftigung

<b>Beschreibung der Tätigkeit</b>	
weitere Angaben	

# Finanzen

## Girokonten

<b>Geldinstitut</b>	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

<b>Geldinstitut</b>	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

## Sparkonten

<b>Geldinstitut</b>	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	
Sparbuch befindet sich	

<b>Geldinstitut</b>	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	
Sparbuch befindet sich	

# Finanzen

## Weitere Konten

<b>Geldinstitut</b>	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Art des Kontos	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

<b>Geldinstitut</b>	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Art des Kontos	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

<b>Geldinstitut</b>	Name und Anschrift
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Art des Kontos	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

## Bankschließfach

<b>Geldinstitut</b>	Name und Anschrift
Schließfachnummer	
Bankleitzahl	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

# Finanzen

## Bausparverträge

<b>Bausparkasse</b>	Name und Anschrift
Bausparnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Bausparkasse</b>	Name und Anschrift
Bausparnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Verbindlichkeiten

<b>Darlehensgeber</b>	Name und Anschrift
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

<b>Darlehensgeber</b>	Name und Anschrift
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

# Grund- und Immobilieneigentum

<b>Art des Grundbesitzes</b> (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. <b>Art der Immobilie</b> (z. B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Art des Grundbesitzes</b> (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. <b>Art der Immobilie</b> (z. B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

# Bestehende Verträge

z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet usw.

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

# Bestehende Abonnements

z.B. Zeitungen, Zeitschriften, Bücher usw.

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b>	Name und Anschrift
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

# Mitgliedschaften

In Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	Name und Anschrift

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	Name und Anschrift

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	Name und Anschrift

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	Name und Anschrift

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	Name und Anschrift

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	Name und Anschrift

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	Name und Anschrift

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	Name und Anschrift

# Für den Todesfall

Mein Testament ist hinterlegt bei:

Name	
Anschrift	

*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
  - Krankenversichertenkarte
  - 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
  - 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, Telefon, 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
  - (Sterbeurkunden beifügen!)
  - Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
  - Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
  - ggf. Pflegedienst benachrichtigen

## Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- \* Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.  
(Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)
- \* Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Hausnummer beleuchten)
- \* Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett frei machen.

## Dem Kranken mitgeben

- \* Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- \* Versicherungskarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- \* Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgeräte, Prothesen, Gehhilfe usw.
- \* Liste der bisher einzunehmende Medikamente
- \* Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- \* Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- \* Bei Alleinstehende evtl. Hausschlüssel

Nachbarn informieren ( Post, Blumen, Haustiere, usw. )  
ggf. Pflegedienst benachrichtigen

