

# Notfallmappe

von

*Informationen zur Pflegesituation und  
Pflegebesonderheiten*



*in Kooperation mit der Selbsthilfegruppe  
Pflegerische Angehörige Osnabrück*

**wir pflegen!**

Interessenvertretung und Selbsthilfe  
pflegender Angehöriger e.V.

# Notfallmappe

1

*Zusammenstellung vertraulicher Daten und Fakten über zu pflegende Angehörige/Patienten bei Ausfall oder Verhinderung der regulären Pflegeperson(en) – Zur schnellen Information über die Pflegesituation und Pflegebesonderheiten*

<b>Persönliche Angaben zur gepflegten Person</b>	<b>2</b>
<b>Medikationsplan</b>	<b>3</b>
<b>Kranken- und Pflegeversicherung</b>	<b>4</b>
<b>Pflegepersonen/Pflegedienst</b>	<b>5</b>
<b>Liste Ärzte / Krankenhaus</b>	<b>7</b>
<b>Physio-/Ergotherapie, Logopädie, Apotheke, Fußpflege, Friseur</b>	<b>9</b>
<b>Brille, Hörgerät, Katheter, Stoma</b>	<b>10</b>
<b>Sondenernährung, Herzschrittmacher, Prothetik</b>	<b>11</b>
<b>Erkrankungen, Infektionen, Allergien, Hilfsmittel</b>	<b>12</b>
<b>Persönliche Vorlieben</b>	<b>13</b>
<b>Wichtige Adressen (Vollmachten, Schlüssel, Anwalt, Kirche)</b>	<b>14</b>
<b>Weitere wichtige Kontakte</b>	<b>15</b>
<b>Liste beigefügter wichtiger Anlagen/Kopien</b>	<b>16</b>
<b>Nützliche Tipps und Links</b>	<b>17</b>
<b>Anleitung zum Ausfüllen</b>	<b>19</b>

## **Patientenverfügung:**

vorhanden  als Kopie beigefügt

## **Vorsorgevollmacht:**

vorhanden  als Kopie beigefügt

**Polizei: 110**

**Feuerwehr: 112**

**Pflegedienst:**

**Ärztl. Notdienst: 116 117**

**weitere:**

# Angaben zur Person

2

## Zur Person

Passfoto  
bitte  
einkleben

Vorname: .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Straße und Haus-Nr.: .....

PLZ und Wohnort: .....

Telefon: ..... | Mobiltelefon: .....

Konfession:  ev.- luth.  r.- kath.  keine  andere: .....

Familienstand:  verheiratet  verwitwet  in einer Beziehung  alleinstehend

(Ehe-)Partner\*in: .....

allein wohnend      zus. wohnend mit:  (Ehe-)Partner\*in  andere (Sohn, Tochter, etc.): .....

**Personalausweis Nr.:** .....  Kopie beigef.

**Reisepass Nr.:** .....  Kopie beigef.

**Behindertenausweis:**  unbefristet  befristet  beantragt am: .....

Merkzeichen:  aG  G  B  H  BI  RF | ..... %  Kopie beigef.

**Organspendeausweis** .....  Kopie beigef.

Körpergröße: ..... cm | Gewicht: ..... kg | Blutgruppe: .....

Konfektionsgröße: ..... | Schuhgröße: ..... | Hutgröße: .....

Kraftfahrzeugtyp, Farbe: ..... | Kennzeichen: .....

Garage | Ort der Garage: .....

Damenrad  Herrenrad  E-Bike | Rahmen-Nr. /Farbe: .....

Fahrzeugunterlagen zu finden: .....

# Medikationsplan

3

	Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen z.B. vor ( <b>V</b> ) zu ( <b>Z</b> ) nach den Mahlzeiten ( <b>N</b> )
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

erstellt von Arzt/Apotheker:

Stand:

Aktueller Medikationsplan als Kopie eingeklebt

*Bitte hier den von Arzt/Ärztin oder Apotheker\*in erstellten Medikationsplan übernehmen oder hier einheften und immer aktuell halten!*

**Bemerkungen zum Medikationsplan –  
Wichtige Hinweise auf Allergien/Unverträglichkeiten  
gegen folgende Stoffe/Medikamente:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Kranken-/Pflegeversicherung

4

## Kranken- und Pflegeversicherung

**Krankenversichert:**  gesetzlich  privat\* | KV-/VS-Nr.: .....

Krankenkasse: ..... | Telefon: .....

Straße und Haus-Nr.: .....

PLZ und Ort: .....

Mobiltelefon: ..... | Sachbearbeiter\*in: .....

Versichertenkarte Nr.: .....  Kopie beigegeben

\*Beihilfe: ..... | %-Satz: .....

Beihilfestelle: .....

**Zusatzversicherung bei:** .....

für  Kh.-Tagegeld  Einbettzimmer  Zweibettzimmer  Chefarztbehandlung

Sonstige Leistungen: .....

### **Pflegeversicherung:** .....

Pflegegrad gerade erst beantragt am: ..... |  kein Pflegegrad beantragt

Pflegegrad seit: .....

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  kein Pflegegrad

Höherstufung beantragt am: .....

---

---

## Pflegende Personen

### 1. Hauptpflegeperson

Vorname: \_\_\_\_\_ | Nachname: \_\_\_\_\_

Stand zum Patienten:  Tochter  Sohn  (Ehe-)Partner\*in  Sonstige\*r:

mit im Haus wohnend

Telefon: \_\_\_\_\_ | Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

weitere Informationen: \_\_\_\_\_

---

### 2. Pflegeperson

Vorname: \_\_\_\_\_ | Nachname: \_\_\_\_\_

Stand zum Patienten:  Tochter  Sohn  (Ehe-)Partner\*in  Sonstige\*r:

mit im Haus wohnend

Telefon: \_\_\_\_\_ | Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

weitere Informationen: \_\_\_\_\_

---

### Weitere Angehörige, Nachbarn oder Pflegekräfte

Vorname: \_\_\_\_\_ | Nachname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ | Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

weitere Informationen: \_\_\_\_\_

---

# Pflegepersonen/Pflegedienst

6

## Pflegedienst:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Erreichbarkeit:  rund um die Uhr  von: bis:

Pflegezeiten:  täglich  an folgenden Tagen:

Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

in der Zeit:  morgens:  vormittags:  mittags:

nachmittags:  abends:

weitere Angaben:

*Weitere wichtige Informationen zur Pflege befinden sich in der Pflegemappe des Pflegedienstes vor Ort!*

## Tagespflegeeinrichtung:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Aufenthalt an folgenden Tagen:  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

Abholzeit: Rückkehrzeit:  Fahrdienst  Taxi

## Fahrdienst/Taxi:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Ansprechpartner\*in:

# Liste Ärzte / Krankenhaus

7

## Ärzte

Hausarzt/-ärztin:

E-Mail:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

Hausbesuche:  ja  nein

Zahnarzt/-ärztin:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

E-Mail:

- Zahnersatz:**  oben:  fest eingesetzt  herausnehmbar  teils herausnehmbar  
 unten:  fest eingesetzt  herausnehmbar  teils herausnehmbar

Pflegemittel:

HNO:

E-Mail:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

**1. Facharzt** (Name, Fachrichtung):

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

E-Mail:

**2. Facharzt** (Name, Fachrichtung):

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

E-Mail:



# Liste Ärzte / Krankenhaus

8

## 3. Facharzt (Name, Fachrichtung):

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten:

E-Mail:

## Krankenhaus / Kur/Reha

### 1. Krankenhaus:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

letzter Aufenthalt von:

bis:

E-Mail:

Grund:

### 2. Krankenhaus:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

letzter Aufenthalt von:

bis:

E-Mail:

Grund:

### Kur/Reha:

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

letzter Aufenthalt von:

bis:

E-Mail:

Grund:

# Physio-/Ergotherapie, Logopädie, Apotheke, Fußpflege, Friseur

9

**Physiotherapie:** | E-Mail:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Behandlungszeiten: | Hausbesuche:  ja  nein

**Ergotherapie:** | E-Mail:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Behandlungszeiten: | Hausbesuche:  ja  nein

**Neuro-/Logopädie:** | E-Mail:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Behandlungszeiten: | Hausbesuche:  ja  nein

**Apotheke:** | E-Mail:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Öffnungszeiten: | Lieferung:  ja  nein

**Fußpflege/Podologie:** | E-Mail:

Adresse:

Telefon: | Mobiltelefon:

Praxisöffnungszeiten: | Hausbesuche:  ja  nein

**Friseur:** | E-Mail:

Telefon: | Mobiltelefon:

Öffnungszeiten: | Hausbesuche:  ja  nein

# Sehhilfe, Hörgerät, Katheter, Stoma

10

**Brille(n):**  Brille:  normal  Gleitsicht  bi/trifokal | Sehkraft: li.: \_\_\_\_\_ re.: \_\_\_\_\_  
 Lesebrille:  normal  Gleitsicht  bi/trifokal | Sehkraft: li.: \_\_\_\_\_ re.: \_\_\_\_\_

**Kontaktlinsen:**  weich  hart | Sehkraft: li.: \_\_\_\_\_ re.: \_\_\_\_\_

Pflegemittel: \_\_\_\_\_

**Augenoptiker\*in:** \_\_\_\_\_ | E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ | Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Öffnungszeiten: \_\_\_\_\_ | Hausbesuche:  ja  nein

**Hörgerät:**  links  rechts |  Im-Ohr-Gerät  Hinter-dem-Ohr-Gerät |  Akku

Batterie: Typ:  10  13  312  675 | In Betrieb seit: \_\_\_\_\_ (Bleistifteintrag)

**Hörgeräteakustiker\*in:** \_\_\_\_\_ | E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ | Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Öffnungszeiten: \_\_\_\_\_ | Hausbesuche:  ja  nein

**Dauerkatheter:**  Transuretral  Suprapubisch | Länge in cm: \_\_\_\_\_

Größe (Charrier): \_\_\_\_\_ | Ballonfüllmenge in ccm: \_\_\_\_\_

Wechsel alle \_\_\_\_\_ Wochen | Letzter Wechsel: \_\_\_\_\_ (Bleistifteintrag)

**Stomapatient:** \_\_\_\_\_

Urostoma (künstlicher Blasenausgang)

Enterostoma (künstlicher Darmausgang)

Tracheostoma (künstlicher Zugang zur Luftröhre)

Wechselsystem: \_\_\_\_\_ | Wechselrhythmus: \_\_\_\_\_

**Zahnersatz siehe Seite 7**

# Sondenernährung, Herzschrittmacher, Prothetik

11

- Sondenernährung:**  Transnasale Magensonde  
 Perkutane Gastrostomie PEG  
 Perkutane endoskopische Jejunostomie

Vermittlung durch:  Schwerkraft oder  Pumpe

Sondennahrungshersteller und Lieferant:

Bezeichnung der Sondennahrung:  kJ  kcal /Tag:

Flasche  Beutel | Menge (ml):

unverdünnt  gemischt mit:  Wasser  Tee

Sondennahrungsmenge ml/Tag: | Durchflussmenge ml/ Std:

Wassermenge ml/Tag: | Durchflussmenge ml/ Std:

Reihenfolge:  Sondennahrung – Wasser – Sondennahrung – Wasser  
 Wasser – Sondennahrung – Wasser – Sondennahrung

Zusatzinformationen:

- Herzschrittmacher:**  ohne Defibrillator  mit Defibrillator

- Prothetik** (z. B. künstliche Gelenke):

# Erkrankungen, Allergien, Infektionen, Hilfsmittel

12

**Erkrankungen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Allergie(n):**

.....

.....

.....

.....

**Infektionen:**  MRSA/ORSA  Tbc  HIV  Hepatitis Typ:

andere Infektionen:

.....

.....

**Hilfsmittel:**

**Lieferant/Sanitätshaus (Kontakdaten):**

Hilfsmittel:	Lieferant/Sanitätshaus (Kontakdaten):
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

*Bedienungsanleitungen für Hilfsmittel befinden sich in einem gesonderten Ordner.  
Bitte Ordner anlegen!*

---

**1. Kleidung:**

.....

.....

.....

.....

.....

---

**2. Nahrung:**

.....

.....

.....

.....

.....

---

**3. Getränke:**

.....

.....

.....

.....

.....

---

**4. Musik / Kultur / Sonstiges:**

.....

.....

.....

.....

.....

# Wichtige Adressen (Vollmachten, Schlüssel, Anwalt, Kirche)

14

**Vollmachten** für Post/Bank/Schließfach/Krankenkasse etc.:

Kopie beigegeben

**Zweitschlüssel** für Wohnung/Briefkasten/Auto/Garage:

**Betreuungsunterlagen/Betreuer-Ausweis:**

Kopie beigegeben

**Rechtsanwalt/anwältin . Notar/in . Hausanwalt/anwältin:**

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

**Kirchengemeinde:**

Adresse:

Vertrauenspastor\*in:

Telefon:

Mobiltelefon:

Gemeindebüro:

Telefon:

Mobiltelefon:

**Testament:** *(hinterlegt bei)*

# Weitere wichtige Kontakte

*z.B. nahe Angehörige, Freund\*innen, nahe Bekannte die z.B. bei Notfällen oder Krankenhausaufenthalt informiert werden sollen:*

**1.**

---

---

---

---

---

**2.**

---

---

---

---

---

**3.**

---

---

---

---

---

**Notrufzentralen / Pflegenotaufnahme:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Beigefügte Unterlagen / Kopien

16

## Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht & Betreuungsverfügung

Patientenverfügung:  vorhanden  als Kopie beigefügt

hinterlegt bei:

Vorsorgevollmacht:  vorhanden  als Kopie beigefügt

hinterlegt bei:

Betreuungsverfügung:  vorhanden  als Kopie beigefügt

hinterlegt bei:

*Bemerkung: Wenn der/die Pflegebedürftige noch keines dieser sehr wichtigen Dokumente besitzt oder noch zu aktualisierende Entwürfe vorliegen, ist dringend geraten, die Erstellung so schnell wie möglich zu veranlassen.*

## Beigefügte Kopien von:

Personalausweis

Reisepass

Führerschein

Gesundheitskarte / Versichertenkarte der Krankenkasse

Schwerbehindertenausweis

Blutspendepass

Impfpass

Organspendeausweis

Bestattungsverfügung

Medikationsplan

---

## **Vordrucke und Formulierungshilfen / Textbausteine für Vollmachten, Testament, etc.**

gibt es im Internet, bei Kirchen, im Pflegestützpunkt der Stadt / der Gemeinde und bei karitativen Organisationen.

---

### **Nützliche Links\***

[www.bmj.de](http://www.bmj.de)

Bundesministerium für Justiz: Gute Quelle für Informationen und Formulare zu Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament, Betreuungsrecht

[www.bestattungsplanung.de](http://www.bestattungsplanung.de)

Der Vollständigkeit halber sei empfohlen, ggf. auch eine Bestattungsverfügung zu erstellen. Neben vielen nützlichen Hinweisen können hier Formblätter wie Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Bankvollmachten etc. kostenlos heruntergeladen werden.

[www.kontinenz-gesellschaft.de](http://www.kontinenz-gesellschaft.de)

Hier können u.a. Toiletten- und Trinkprotokolle bezogen werden.

---

### **Notfalldose/Notfallkarte**

**Notfalldose:** Enthält wichtige medizinische und persönliche Daten in Kurzform und wird zum besseren Auffinden im Kühlschrank des Haushalts aufbewahrt. Sie ist in der Regel in Apotheken gegen Entgelt zu erhalten oder unter: [www.notfalldose.de](http://www.notfalldose.de).

**Notfallkarte:** Enthält wichtige persönliche und medizinische Daten in Kurzform und wird auf Ausweisgröße zusammengefaltet in der Geldbörse oder Handtasche oder im Auto z. B. hinter der Sonnenblende mitgeführt und ist damit immer dabei. Einige Krankenkassen bieten kostenlose Versionen zum Ausdrucken an.

**Notfallkarte für pflegende Angehörige:** Auch pflegende Angehörige sollten eine Notfallkarte bei sich tragen in der zusätzlich vermerkt ist, dass sie eine Person pflegen: „Achtung! Ich bin verantwortlich für eine hilfsbedürftige Person! Bitte benachrichtigen Sie sofort, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, mich um die hilfsbedürftige Person zu kümmern, folgende Vertretungsperson: ..... (Name und Telefonnummer) ..... (Name und Anschrift der hilfsbedürftigen Person). Eine Notfallmappe befindet sich: ..... (Adresse, genauer Aufbewahrungsort).“ Ein Beispiel finden Sie hier: <https://repos.rms2cdn.de/files/media-library/nfp/Notfall-Checkkarte.pdf>

---

***Füllen Sie die Notfallmappe bitte baldmöglichst aus und aktualisieren Sie diese zeitnah, denn sonst haben Sie leider nur Altpapier produziert – dabei könnte die Notfallmappe Leben retten – auch Ihres – wenn sie denn gut kenntlich in der Wohnung zu finden und aktuell gehalten ist!***

---

---

## **Organspende/Organspendeausweis**

Jede\*r Mitbürger\*in kann sich entscheiden, ob sie/er sich nach Eintritt des Todesfalles als Organspender\*in zur Verfügung stellt oder nicht. Dafür ist ein Organspendeausweis entwickelt worden, den man z. B. bei seiner Krankenkasse bekommen oder diesen aus dem Internet ausfüllen und herunterladen kann. Der Organspendeausweis sollte z.B. wie ein Personalausweis bei sich getragen werden.

## **Organspende Vermerk in der Patientenverfügung**

Die Frage des Organempfangs oder der Organspende kann auch in der Patientenverfügung oder auf andere Weise schriftlich erklärt werden. Empfang eines Spenderorgans: Jede\*r Mitbürger\*in kann sich zu Lebzeiten entscheiden, ob sie/er im Falle einer Erkrankung ein lebensrettendes Spenderorgan empfangen möchte oder nicht. Diese Entscheidung muss in Schriftform, z. B. in der Patientenverfügung, getroffen werden.

---

## **Schwerbehindertenausweis**

Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem bestimmten Grad der Behinderung bei den Landes-sozialämtern beantragt werden und bringt den Schwerbehinderten eine ganze Reihe von Vergünstigungen, z. B.: Befreiung von den Rundfunk-/Fernsehgebühren, Ermäßigung für Fahrkarten, Vergünstigungen bei Eintrittspreisen, Telekomgebühren/Sozialtarif, Wohnberechtigungsschein, Altersrente, Vorteile bei Autofahrten mit besonderen Halte- und Parkbedingungen usw. Diese beispielhaft aufgeführten Vergünstigungen sind nicht vollständig. Es sollte nur auf diese Möglichkeiten hingewiesen sein. Genaue Informationen und das Prozedere der Antragstellung sind im Internet und bei den Sozialämtern zu erfahren. Auch in den Seniorenbüros der Städte und Landkreise kann man sachkundige Beratungen und ggf. entsprechende Formblätter erhalten.

---

*Die Zusammenstellung der vorliegenden Notfallmappe wurde maßgeblich mitbestimmt aus den eigenen Erfahrungen der Mitglieder der Selbsthilfegruppe „Pflegerische Angehörige Osnabrück“ (Leitung Dr. Gisela Löhberg) und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Inhalte wurden von Herrn Gerd Diekherbers zusammengeführt. Es sei allen gedankt, die bei der Zusammenstellung mitgewirkt haben. Vorschläge zur Änderung oder Ergänzung der Inhalte sind immer sehr willkommen und werden ggf. von Zeit zu Zeit eingearbeitet. Kontakt: [www.pflegerische-angehoerige-os.de](http://www.pflegerische-angehoerige-os.de) | Stand: 09.2023*

*Die Inhalte der Notfallmappe wurden wir pflegen e. V. freundlicherweise zur Verfügung gestellt.*

### **Impressum:**

Herausgeber dieser Ausgabe:  
Bundesvorstand wir pflegen e. V.  
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin

Layout und Digitalisierung:  
[www.lilien-feld.de](http://www.lilien-feld.de) | 09.2023

---

Bitte beachten Sie, dass die Notfallmappe nur ausgedruckt genutzt werden kann. Eine reine digitale Nutzung ist nicht zu empfehlen. Angehörige können ggf. nicht auf Ihr Endgerät zugreifen oder kennen den Speicherort nicht.

## 1

### Laden Sie die Notfallmappe herunter

## 2

### Öffnen Sie die Notfallmappe am PC / Smartphone / Tablet

Öffnen Sie das herunter geladene PDF. Falls Sie kein Programm zum Ausfüllen von PDF-Formularen haben, können Sie sich im Internet den kostenlosen Adobe Acrobat Reader herunterladen.

## 3

### Ausfüllen der Notfallmappe

Sie können die Notfallmappe digital ausfüllen und dann ausdrucken oder erst ausdrucken und dann die Formulare handschriftlich bearbeiten.

### 3a

#### Digitales Ausfüllen

Die Notfallmappe kann auf dem Smartphone, dem Tablet-PC oder dem PC bearbeitet werden. Das Speichern auf einem Endgerät gibt Ihnen die Möglichkeit, jederzeit kleine Änderungen schnell durchzuführen und die gesamte Notfallmappe oder auch nur die aktualisierte Seite erneut auszudrucken.

- Füllen Sie alle infrage kommenden Felder aus.
- Überprüfen Sie alle eingetragenen Daten sorgfältig.
- Speichern Sie die ausgefüllte Notfallmappe auf Ihrem PC / Smartphone / Tablet.
- Drucken Sie die Notfallmappe aus.\*
- Heften Sie die Seiten ab.\*\*

### 3b

#### Handschriftliches Ausfüllen

- Drucken Sie die Notfallmappe aus.\*
- Füllen Sie alle infrage kommenden Felder handschriftlich aus, am besten mit einem Kugelschreiber. Achten Sie dabei bitte auf eine saubere Handschrift.
- Heften Sie die Seiten ab.\*\*

#### \* Ausdrucken der Notfallmappe

Drucken Sie die Notfallmappe bitte nicht doppelseitig auf dünnem Papier aus. Dies spart zwar Papier, kann aber zur Unlesbarkeit durch das Durchscheinen der jeweils anderen Seite führen.

#### \*\* Abheften der Notfallmappe

Wir empfehlen Ihnen, die ausgedruckten Seiten z. B. in einen roten Schnellhefter mit Klarsichtdeckel zu heften. Heben Sie die Notfallmappe an einem Ort auf, an dem sie im Notfall schnell gefunden werden kann, z. B. neben dem Festnetztelefon oder auf einer Kommode im Schlafzimmer.

