

# Notfallmappe Pensionäre

Berufsfeuerwehr Dortmund



**Die Flamme der Hingabe brennt weiter:  
Im Ruhestand, doch für alle Fälle gerüstet!**



**Es muss einen Hinweis für die Angehörigen geben, wo die Notfallmappe deponiert ist!**

Da in der letzten Zeit einige Kollegen, Ehefrauen oder Angehörige bei plötzlichen Krankheiten oder Todesfällen Probleme mit der Abwicklung der notwendigen Formalitäten hatten, ist die Idee entstanden, die Notfallmappe zu erstellen.

In einem Notfall – z. B. Unfall oder Schlaganfall – fehlt oft die Zeit, wichtige Informationen zusammen zu suchen. Mit dieser Notfallmappe wird den Angehörigen eine lange Suche erspart und man kann sicher sein, dass im eigenen Sinne gehandelt wird.

Da es sich bei in dieser Notfallmappe aufgeführten Angaben um sehr sensible Daten handelt, sollte auf eine sichere Aufbewahrung bzw. sicheren Speicherplatz geachtet werden und der Verwahrungsort den Angehörigen auch bekannt sein!

Die Notfallmappe kann direkt am PC ausgefüllt werden, oder auch ausgedruckt und dann handschriftlich eingetragen werden.

Link zum Download-Bereich der verschiedenen Beihilfeanträge der Stadt Dortmund:  
<https://www.dortmund.de/suche/?query=beihilfe>

Eine beschreibbare Vollmacht zur Regelung der Beihilfeangelegenheiten befindet sich im Anhang nach Seite 15.

Idee und Erstellung der Notfallmappe:

- Das Helferteam der Pensionäre der Berufsfeuerwehr Dortmund –  
Dieter Berghoff, Klaus Böhne, Herbert Dimmig, Hartwig Kurilla, Klaus Lotte,  
Dieter Pahmeier, Pit Richarz, Günter Rose

Aufarbeitung und Korrektur (beschreibbare PDF-Dateien): Detlef Schnittger, Dieter Berghoff

**Gestaltung der Titelseite: WECOTEC Weber GmbH**

**Herzlichen Dank an den Stadtfeuerwehrverband Dortmund für die Unterstützung**

Name, Vorname

**Diese Notfallmappe gehört:**



Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Straße Hausnummer	PLZ	Wohnort
-------------------	-----	---------

Festnetztelefon	Mobil
-----------------	-------

E-Mail Anschrift
------------------

Konfession	Kirchengemeinde
------------	-----------------

Familienstand	Name, Vorname von Ehegatte/in - Partner/in
---------------	--

Anschrift Ehegatte/in, Partner/in (wenn abweichend)
---

Telefonnummer Ehegatte/in, Partner/in	Mobilnummer Ehegatte/in, Partner/in
---------------------------------------	-------------------------------------

Datum	Ort der Eheschließung/Partnerschaft	Standesamt
-------	-------------------------------------	------------

Bei Scheidung	
Datum	Gericht

Sonstiges
-----------

Name, Anschrift des Arbeitgebers
----------------------------------

Personalnummer
----------------

Anschrift Beihilfestelle <b>Stadt Dortmund, Personalamt, Beihilfestelle, 44122 Dortmund</b>
--

Telefon Beihilfestelle <b>0231 50 10888</b>	Vollmacht Beihilfe <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein		

Mitglied der Sterbekasse der Bediensteten der Stadt Dortmund: <b>Falls keine Urkunde mehr vorhanden ist, oder die Mitgliedschaft nicht feststeht</b> <b>Kontaktaufnahme unter:</b> Sterbekasse der Bediensteten der Stadt Dortmund Weisedestr. 25 44225 Dortmund Rufnummern auf Seite 5+7	<b>Ja    Nein</b>
---	-------------------

Krankenkasse	Versicherungsnummer
--------------	---------------------

Zusätzlich Rentenbezieher: <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein	Wenn Ja: Steuernummer (11 stellig)
Ja	Nein		

Ehefrau Rentenbezieher: <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein	Wenn Ja: Steuernummer (11 stellig)
Ja	Nein		

Im Todesfall ist die Rentenversicherung zu benachrichtigen (Sterbeurkunde). Die Rente wird für drei weitere Monate voll bezahlt, danach erfolgt eine Neuberechnung.
--

Sonstiges
-----------

**Checkliste Benachrichtigung im Todesfall**

<b>Todesfall Versicherter</b>		<b>Sterbedatum</b>	
<b>Stadt Dortmund Feuerwehr</b> <b>nur bei Aktiven</b>	PLZ <b>44122</b>	Ort <b>Dortmund</b>	Straße <b>Steinstr. 25</b>
	Telefon <b>0231 8450</b>		
<b>Stadt Dortmund Personalamt</b>	PLZ <b>44122</b>	Ort <b>Dortmund</b>	Straße <b>Südwall 2-4</b>
	Telefon <b>0231 50-11300</b>	Personalnummer	
<b>Stadt Dortmund Sterbekasse</b>	<b>44265</b>	<b>Dortmund</b>	<b>Weisedestr. 25</b>
		<b>Herr Gerke - 50 25561</b>	<b>Frau Dorka - 50 22320</b>
		<b>Herr Arends - 50 29952</b>	
<b>Deutsche Rentenversicherung</b>	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Versicherungsnummer	
<b>(Private) Krankenversicherung</b>	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Versicherungsnummer	
<b>Lebensversicherung</b>	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Versicherungsnummer	
<b>andere Versicherung</b>	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Versicherungsnummer	
<b>Geldinstitut/Bank</b>	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	IBAN	
<b>Finanzamt</b>	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Steuernummer	
<b>Verein/Verband</b>	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Mitgliedsnummer	

Checkliste Benachrichtigung im Todesfall

Todesfall Ehepartner/in / Lebenspartner/in

Sterbedatum

Stadt Dortmund Feuerwehr <b>nur bei Aktiven</b>	PLZ 44122	Ort Dortmund	Straße Steinstr. 25

Stadt Dortmund Personalamt	PLZ 44122	Ort Dortmund	Straße Südwall 2-4
	Telefon		

Stadt Dortmund Sterbekasse	44265	Dortmund	Weisedestr. 25
		Herr Gerke - 50 25561	Frau Dorka - 50 22320
		Herr Arends - 50 29952	

Deutsche Rentenversicherung	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Versicherungsnummer	

(Private) Krankenversicherung	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Versicherungsnummer	

Lebensversicherung	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Versicherungsnummer	

andere Versicherung	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Versicherungsnummer	

Geldinstitut/Bank	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	IBAN	

Finanzamt	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Steuernummer	

Verein/Verband	PLZ	Ort	Straße
	Telefon	Mitgliedsnummer	

**Kinder**

Name	Vorname
------	---------

Geburtstag	Geburtsort
------------	------------

Strasse	PLZ, Wohnort
---------	--------------

Telefon	Mobil
---------	-------



Name	Vorname
------	---------

Geburtstag	Geburtsort
------------	------------

Strasse	PLZ, Wohnort
---------	--------------

Telefon	Mobil
---------	-------



Name	Vorname
------	---------

Geburtstag	Geburtsort
------------	------------

Strasse	PLZ, Wohnort
---------	--------------

Telefon	Mobil
---------	-------



Name	Vorname
------	---------

Geburtstag	Geburtsort
------------	------------

Strasse	PLZ, Wohnort
---------	--------------

Telefon	Mobil
---------	-------

**Geschwister des Mappeninhabers**

Name	Vorname
------	---------

Geburtstag	Geburtsort
------------	------------

Strasse	PLZ, Wohnort
---------	--------------

Telefon	Mobil
---------	-------



Name	Vorname
------	---------

Geburtstag	Geburtsort
------------	------------

Strasse	PLZ, Wohnort
---------	--------------

Telefon	Mobil
---------	-------



Name	Vorname
------	---------

Geburtstag	Geburtsort
------------	------------

Strasse	PLZ, Wohnort
---------	--------------

Telefon	Mobil
---------	-------



Name	Vorname
------	---------

Geburtstag	Geburtsort
------------	------------

Strasse	PLZ, Wohnort
---------	--------------

Telefon	Mobil
---------	-------





Alle Ärzte

Name	Fachrichtung	Telefon
PLZ,Ort	Straße	

Name	Fachrichtung	Telefon
PLZ,Ort	Straße	

Name	Fachrichtung	Telefon
PLZ,Ort	Straße	

Name	Fachrichtung	Telefon
PLZ,Ort	Straße	

Name	Fachrichtung	Telefon
PLZ,Ort	Straße	

Name	Fachrichtung	Telefon
PLZ,Ort	Straße	

**Pflegende Angehörige**

Name	Vorname
Geburtstag	Geburtsort
Strasse	PLZ, Wohnort
Telefon	Mobil



Name	Vorname
Geburtstag	Geburtsort
Strasse	PLZ, Wohnort
Telefon	Mobil



Name	Vorname
Geburtstag	Geburtsort
Strasse	PLZ, Wohnort
Telefon	Mobil

Für die nachfolgend aufgeführte Verfügung und Vollmachten gibt es im Internet kostenlose Vorlagen. Wer kein Zugang zum Internet hat, kann sich an das Helferteam wenden, es wird dann eine entsprechende Vorlage zugeschickt.

### **Informationen über Verfügungen/Vollmachten**

Durch Unfall, Krankheit oder durch fortgeschrittene Einschränkungen im Alter kann jeder Mensch – auch Jüngere – in die Situation kommen, in der er seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst erledigen kann und auf die Hilfe Anderer angewiesen ist. Für einen solchen Fall sollten Sie rechtzeitig vorsorgen. Das erleichtert Ihren Bevollmächtigten und Helferinnen/Helfern Ihre Vorstellungen und Wünsche zu respektieren und umzusetzen.

Es gibt drei Möglichkeiten, um in gesunden Tagen im Sinne der Selbstbestimmung schriftliche Willenserklärungen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit abgeben zu können:

#### **• Vorsorgevollmacht**

Die Vorsorgevollmacht ist ein privatrechtlicher Vertrag zwischen autonomen Partnern. Der Vollmachtgeber muss geschäftsfähig sein. Der Vollmachtnehmer kann nach Vorlage der Vollmacht und Einhalten der Eintrittsbedingungen direkt handeln. Basis: absolutes Vertrauen.

#### **• Betreuungsverfügung**

In einer Betreuungsverfügung wird der Wunsch eines Menschen festgehalten, welche Person im Fall der Betreuungsbedürftigkeit die gerichtliche Betreuung übernehmen soll. Der gewünschte Betreuer ist nach Gerichtsbeschluss und in den vom Gericht festgelegten Aufgabenkreisen handlungsfähig. Basis: gerichtlich kontrolliertes Dienstleistungsverhältnis.

#### **• Patientenverfügung**

Die Patientenverfügung ist die persönliche Willenserklärung eines Menschen zur Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts in medizinischen Angelegenheiten. Es handelt sich um eine Handlungsanweisung an die Ärztin/den Arzt.

Basis: intaktes Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient; ggf. wird zur Umsetzung des Patientenwillens eine bevollmächtigte Person oder Betreuerin/Betreuer benötigt.

#### **Quellennachweis:**

***Fachverband der Betreuungsvereine im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland***





Rechtsanwalt/Notar	PLZ	Ort	Straße
Telefon			

	Zugangsdaten	Passwort	Bemerkung
PC			
Tablet			
Mobiltelefon			
Passwortschrank			

	Zugangsdaten	Passwort/PIN	Bank/Sparkasse
Kreditkarte			
Kreditkarte			
Debitkarte			
Debitkarte			

Schließfachnummer	Aufbewahrungsort des Schließfachschlüssels
Bank/Sparkasse	

Sonstiges

Name, Vorname	geb. am
Anschrift	
Personalnummer/Beihilfenummer	Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen <input type="checkbox"/>

## Vollmacht zur Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten

Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herrn	
Name, Vorname	
Anschrift	
Tel.-Nr.*	E-Mail-Adresse*
mit der Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten	
Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit der zuständigen Beihilfestelle zu führen, Anträge zu stellen, sämtliche Schriftstücke in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben.	
Der Schriftverkehr soll	
<input type="checkbox"/> weiterhin über meine Anschrift erfolgen <input type="checkbox"/> ab sofort über die oben angegebene Anschrift der/des Bevollmächtigten erfolgen.	

Datum	Unterschrift der/des Berechtigten (Vor- und Nachname)
-------	---

Datum	Unterschrift der/des Bevollmächtigten (Vor- und Nachname)
-------	---

\*Diese Angaben sind freiwillig