



Notfallmappe

von

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



Vorwort

Liebe Seniorinnen und Senioren,
liebe Bürgerinnen und Bürger,



dank des medizinischen Fortschritts und der Errungenschaften unserer Zeit haben wir gute Chancen, gesünder und fitter alt zu werden. Die Senioren von heute sind aktiv und tragen durch ihr zahlreiches ehrenamtliches Engagement wesentlich dazu bei, dass unsere Region, das Passauer Land, als Ort empfunden wird, wo es sich gut leben lässt.

Dennoch kann jeder von uns durch Krankheit oder Unfall in die Lage kommen, auf Hilfe angewiesen zu sein. Für den Notfall die wichtigsten Dinge geregelt zu haben, kann viel dazu beitragen, dass diese Situation in einer guten Art und Weise gemeistert wird.

Gut vorgesorgt zu haben, kann auch ein Gefühl der Sicherheit geben. Dazu ist es aber nötig, die Daten möglichst genau zusammenzustellen und die Wünsche und Verfügungen rechtzeitig und verbindlich klar zu formulieren, damit für den Fall, dass wir unseren Willen nicht mehr selbst äußern können, so verfahren wird, wie es unseren Vorstellungen entspricht.

Diese Notfallmappe bietet die Möglichkeit, dass auf einen Griff alle wichtigen Daten verfügbar sind, damit Familie, Freunde und Bekannte im Krankheitsfall/Notfall besser mit dieser Krisensituation umgehen können.

Nutzen sie daher diese Möglichkeit der Vorsorge.

Herzlichst
Ihr

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Franz Meyer'.

Franz Meyer
Landrat

Einleitung

In dieser **Notfallmappe** sind alle wichtigen Informationen zusammengefasst, um im Ernstfall schnell und richtig versorgt werden zu können. Im Falle, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre Angelegenheiten ausreichend zu erledigen, erleichtern Sie es den von Ihnen Bevollmächtigten, dieses für Sie zu tun.

Was die Erstellung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen anbelangt, muss darauf hingewiesen werden, dass diese nicht ohne eingehende Beratung über die Tragweite der erteilten Vollmachten und Verfügungen ausgestellt werden sollten.

Guten Rat erhalten Sie von der Betreuungsstelle
am Landratsamt Passau (0851/397 -203 oder -204)

Füllen Sie die Seiten so gut wie möglich aus und legen sie die Notfallmappe gut sichtbar aus, am besten neben Ihrem Telefon.

Die Mappe kann nur sinnvoll sein, wenn alle Angaben auf dem neuesten Stand sind.

Hinweise:

Ein Testament muss gesondert abgefasst werden. Es ist nur gültig, wenn es vollständig eigenhändig geschrieben und unterschrieben ist. Die Unterschrift soll den Vornamen und den Familiennamen enthalten. Der Zeitpunkt (Tag, Monat und Jahr) und der Ort der Testamentsverfassung sollen angegeben werden. Jedoch sollte auch hier nicht auf die Beratung z.B. durch Notare/Steuerberater usw. verzichtet werden, wenn größere Vermögenswerte oder Immobilien verfügt werden.

Die Notfallmappe wurde ausgefüllt am:

Unterschrift

aktualisiert am:

Unterschrift

Inhalt

Medizinischer Notfall

Notfall-/ Notarztblatt
Persönliche Daten
Im Notfall zu benachrichtigen
Im Notfall zu beachten
Wichtige Telefonnummern
Hausarzt / Weitere Ärzte
Zahnarzt / Therapiestellen / Apotheke
Weitere medizinische Daten
Medikamentenplan
Aktuelle ärztliche, zahnärztliche, stationäre Behandlungen
Maßnahmen bei einer Krankenhauseinweisung
Krankenversicherungen / Beihilfestelle
Pflegeversicherungen

Versicherungen und sonstige wichtige Daten

Sonstige Versicherungen
Erwerbstätigkeit / Steuer
Rente / Versorgung
Vermögensaufstellung
Verbindlichkeiten
Bestehende Verträge
Bestehende Abonnements
Mitgliedschaften

Im Todesfall

Nachlassangelegenheiten
Folgende Verwandte sollen informiert werden
Folgende Bekannte und Freunde sollen informiert werden
Mein Leben
Wünsche zur Bestattung/Trauerfeier

Muster-Vollmachten/Verfügungen

Vorsorgevollmacht
Patientenverfügung
Betreuungsverfügung
Verzeichnis erteilter Vollmachten und Verfügungen

NOTFALL-/NOTARZTBLATT

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift _____

Telefon zu Hause: _____ Handy: _____

Krankenversicherung: _____

Versichertenkarte befindet sich _____

Konfession: katholisch evangelisch sonst. _____

Pflegestufe: ja nein beantragt am: _____ Stufe: I II III

ich lebe alleine in der Wohnung

ich lebe zusammen mit _____

Name, Telefon, Handy

Grunderkrankungen/Diagnosen/Allergien (auszufüllen mit Hilfe des Hausarztes)

Name, Tel., des **Hausarztes**: _____

Blutgerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnprothese/Implantat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Port	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialysepatient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organspende-Ausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Medikamentenplan:

Präparat morgens, mittags, abends: _____

Präparat morgens, mittags, abends: _____

Hausnotruf: ja nein

Name und Telefon des Anbieters _____

Bezugspersonen: _____

Name, Telefon, Beziehungsverhältnis

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname/n

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Personalausweis-/Passnummer

Telefonnummer Handy

E-Mail-Adresse Fax

Konfession Kirchengemeinde

Familienstand (bei verwitwet Sterbedatum des Ehegatten)

Ehegatte: Name, Vorname/n, evtl. früherer Name des Ehegatten

Wohnung des Ehegatten

Telefonnummer des Ehegatten Handy des Ehegatten

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde, des Stammbuches

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils, der Sterbeurkunde

Weitere Anmerkungen

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name, Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer, Handy, E-Mail-Adresse

Verwandschaft, Beziehung

Name, Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer, Handy, E-Mail-Adresse

Verwandschaft, Beziehung

IM NOTFALL ZU BEACHTEN

Personen, die für meine Wohnung/ sonstige Räume einen Schlüssel besitzen:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort, Telefonnummer

Name, Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort, Telefonnummer

Hausnotruf

Anbieter

Telefonnummer

Sonstiges (z. B. Betreuung von Haustieren)

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Polizei	110
Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116117
Apothekennotdienst	0800/0022833
Giftnotruf	089/19240 oder 0911/3982451
Telefonseelsorge	0800/ 1110111 oder 1110222
Stadt-/Gemeindeverwaltung	<hr/>
zuständiges Pfarramt	<hr/>
Ambulanter Pflegedienst	<hr/>
Betreuungsstelle Landratsamt Passau	0851/397-203 oder 204
EC-Kartensperrung	116116
derzeitiger Stromversorger, Notdienst	0941/28003366
derzeitiger Gasversorger, Notdienst	<hr/>

WEITERE WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Name, Telefonnummer

Name, Telefonnummer

Name, Telefonnummer

HAUSARZT

Name der Praxis

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer, Handynummer

WEITERE ÄRZTE; BEI DENEN ICH IN STÄNDIGER BEHANDLUNG BIN

Name der Praxis

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung in Behandlung wegen

Name der Praxis

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung in Behandlung wegen

ZAHNARZT

Name der Praxis

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer, Handynummer

THERAPIESTELLE (z. B. Psychotherapie)

Name der Praxis

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer, Handynummer

APOTHEKE

Name der Apotheke

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

Blutgruppe: _____

Anfallsleiden: ja nein

Nähere Beschreibung:

Impfungen: ja nein

Impfbuch vorhanden: ja nein

Impfbuch befindet sich: _____

Allergien: ja nein

Allergiepass vorhanden: ja nein

Allergien gegen: _____

Allergiepass befindet sich: _____

Diabetes: ja nein

Insulin: ja nein

Tabletten: ja nein

Ausweis vorhanden: ja nein

Ausweis befindet sich: _____

Schwerbehinderung: ja nein

Grad der Behinderung: _____

Schwerbehindertenausweis gilt bis: _____

Implantate: ja nein

Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)

Transplantationen: ja nein

Zeitpunkt und Art der Transplantation

Organspende Ausweis: ja nein _____

Ausweis befindet sich: _____

Sonstiges: (z. B. Vorerkrankungen, Zahnersatz usw.)

MEDIKAMENTENPLAN

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar usw.) ja nein

Name des Medikaments	Dosierung (morgens, mittags, abends)
Name des Medikaments	Dosierung (morgens, mittags, abends)
Name des Medikaments	Dosierung (morgens, mittags, abends)
Name des Medikaments	Dosierung (morgens, mittags, abends)

ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -AMBULANT-

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -AMBULANT-

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

KLINISCHE BEHANDLUNGEN -STATIONÄR-

Datum von/bis Behandlungsgrund

Name und Ort der Klinik

MAßNAHMEN BEI EINER KRANKENHAUSEINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten angeben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Falls notwendig, Pflegedienst benachrichtigen

In das Krankenhaus sind mitzunehmen

- Notfall-/ Notarztblatt
- Verzeichnis der erteilten Vollmachten/Verfügungen
- Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht (falls nicht bereits an Vertrauensperson ausgehändigt)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan
- Personalausweis
- Geld (nur geringen Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)

KRANKENVERSICHERUNGEN / BEIHILFESTELLE

Krankenversicherung: gesetzlich versichert privat versichert

Name der Krankenversicherung: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Nummer der Versichertenkarte: _____

Versichertenkarte befindet sich: _____

Private Krankenzusatzversicherung/Zusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Vertragsnummer: _____

Beihilfeversicherung/-stelle

Name der Beihilfestelle: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Personalnummer: _____

PFLEGEVERSICHERUNG

Gesetzliche Pflegeversicherung

Name der Pflegeversicherung: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegestufe _____

Private Pflegeversicherung / Zusatzversicherung:

Name der

Versicherungsgesellschaft: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegestufe _____

SONSTIGE VERSICHERUNGEN

Lebensversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Unfallversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Bestattungsvorsorge-/Sterbeversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Privathaftpflichtversicherung:

Name der Versicherung: _____
Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Hausratversicherung:

Name der Versicherung: _____
Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Brandversicherung:

Name der Versicherung: _____
Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Wohngebäudeversicherung:

Name der Versicherung: _____
Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Kfz-Versicherung:

Name der Versicherung: _____
Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Weitere Versicherungen:

Name der Versicherung: _____
Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____
Örtlich zuständiger Vertreter mit
Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

ERWERBSTÄTIGKEIT

als Arbeitnehmer(in)/ Beamter(in) Arbeitsstelle:

Name und Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Personalnummer: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

als Selbständiger (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft):

Art der Selbständigkeit: _____

Anschrift der Firma: _____

zuständiges Finanzamt: _____

Handelsregister: _____

weitere Angaben: _____

Nebentätigkeit:

Beschreibung der Tätigkeit: _____

weitere Angaben: _____

Steuer:

Zuständiges Finanzamt: _____

Steuernummer: _____

Steuer-Identifikationsnummer: _____

RENTE/VERSORGUNG

Gesetzliche Versicherung:

Rentenversicherungsträger: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Beamtenversorgung:

Pensionsfestsetzende Behörde: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Personalkennziffer: _____

Betriebsrente/Zusatzversorgung:

Versicherungsgesellschaft: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Berufsständische Versorgung:

Versorgungskammer: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Aktenzeichen: _____

Witwen-/Witwerrente:

Rentenversicherungsträger: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Riesterrente/Rürup-Rente:

Versicherungsgesellschaft: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter:

Behörde: _____

Anschrift: _____

Sachbearbeiter/in, Aktenzeichen: _____

Telefonnummer: _____

Sonstige Leistungen aus Verträgen:

Leistung von: _____

Vertrag vom: _____

Art der Leistung: _____

VERMÖGENSAUFSTELLUNG

Grund- und Immobilieneigentum

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien / Grundbesitz

Art, Gemarkung, Flurnummer, Allein-/Miteigentümer

Art, Gemarkung, Flurnummer, Allein-/Miteigentümer

Art, Gemarkung, Flurnummer, Allein-/Miteigentümer

Art, Gemarkung, Flurnummer, Allein-/Miteigentümer

Sonstiges:

GIROKONTEN

Girokontonummer/IBAN: _____

bei der Bank: _____

außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus für: _____

Girokontonummer/IBAN: _____

bei der Bank: _____

außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus für: _____

Sparkonten:

Sparbuch/Kontonummer/IBAN: _____

bei der Bank: _____

außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus für: _____

Sparbuch/Kontonummer/IBAN: _____

bei der Bank: _____

außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus für: _____

Weitere Konten:

Bank: _____ Konto-Nr.: _____ Kontoart: _____

Bank: _____ Konto-Nr.: _____ Kontoart: _____

Bank: _____ Konto-Nr.: _____ Kontoart: _____

Kreditkarten:

von: _____

Kartennummer: _____

von: _____

Kartennummer: _____

Bausparvertrag:

bei: _____ Nr.: _____

Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände:

VERBINDLICHKEITEN

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

Weitere Angaben:

BESTEHENDE VERTRÄGE

(z. B. für Miete, Strom, Gas, Telefon, Internet usw.)

Vertragsgegenstand:

Vertragspartner:

Kundennummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

Vertragsgegenstand:

Vertragspartner:

Kundennummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

Vertragsgegenstand:

Vertragspartner:

Kundennummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

BESTEHENDE ABONNEMENTS

(z. B. für Zeitung, Zeitschriften, Bücher usw.)

Abonnement für:

Vertragspartner:

Abo-Nummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Abo-Nummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Abo-Nummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

MITGLIEDSCHAFTEN

(z. B. in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.)

Mitglied bei:

Mitgliedsnummer:

Anschrift, Telefonnummer:

ehrenamtliche Funktion als:

Mitglied bei:

Mitgliedsnummer:

Anschrift, Telefonnummer:

ehrenamtliche Funktion als:

Mitglied bei:

Mitgliedsnummer:

Anschrift, Telefonnummer:

ehrenamtliche Funktion als:

IM TODESFALL

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Diese Hinweise sollen Ihnen helfen, folgende **Aufgaben** zu erledigen

- Bei Todesfällen zu Hause, innerhalb von vier Stunden den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Ist dieser nicht zu erreichen, Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen
- Nächste Angehörige benachrichtigen
- Bestattungsinstitut auswählen, Termin vereinbaren
- Überlegen, welche Wünsche der Verstorbene für seine Bestattung hatte (Bestattungsart, Reihen- oder Familiengrab usw.)
- Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen (Achtung: Sterbeort ist nicht immer Wohnort). Beachten Sie, dass außer der Renten- und Sozialversicherung auch andere Stellen die Vorlage einer Sterbeurkunde im Original fordern (für Rentenzwecke kostenlos)
Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
 - Todesbescheinigung
 - Personalausweis des/ der Verstorbenen
 - Geburtsurkunde des/ der Verstorbenen
 - Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
 - Scheidungsurteil, falls geschieden und nicht wieder verheiratet
 - Sterbeurkunde des Ehegatten, falls die/ der Verstorbene verwitwet war
 - Mitteilungen der letzten Rentenanpassung
- Nach der Beurkundung des Sterbefalles von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und den Tag der Beisetzung erfragen
- Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
- Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
- Mitteilung an die Banken
- Schriftliche Benachrichtigung des Rentenversicherungsträgers sowie aller Versicherungen, bei welchen für die/ den Verstorbene/n Verträge bestanden
- Schriftliche Kündigungen laufender Verträge (Miete, Pacht, Telefon, Strom, Gas, Rundfunk- und Fernsehbeitrag usw.) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsaufträge
- Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
- Witwen-/Witwerrente beantragen, ggf. Vorschussantrag beim Postrentendienst stellen, ggf. Termin mit Rentenstelle im Rathaus vereinbaren
- Eventuell Danksagung bei der Tageszeitung aufgeben
- Falls Testament vorhanden, dieses beim zuständigen Amts-/ Nachlassgericht abgeben
- Wird Erbschein benötigt, diesen beim zuständigen Nachlassgericht beantragen.

Die Erledigung der hier aufgezählten Tätigkeiten können Sie größtenteils auch einem Bestattungsunternehmen übertragen. Entsprechende Mehrkosten entstehen.

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung

Meine letzte Ruhestätte habe ich ausgewählt/ bereits erworben

(Name und Ort des Friedhofes/ Grabstätte)

Ich habe eine Sterbeversicherung ja nein

NACHLASSANGELEGENHEITEN

Mein Testament ist hinterlegt bei

(Name, Anschrift, Telefonnummer)

FOLGENDE VERWANDTE SOLLEN INFORMIERT WERDEN

Name, Anschrift

Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

Name, Anschrift

Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

Name, Anschrift

Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

Name, Anschrift

Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

FOLGENDE BEKANNTE UND FREUNDE SOLLEN INFORMIERT WERDEN

Name, Anschrift, Telefonnummer

Name, Anschrift, Telefonnummer

Name, Anschrift, Telefonnummer

Name, Anschrift, Telefonnummer

Name, Anschrift, Telefonnummer

Name, Anschrift, Telefonnummer

MEIN LEBEN

Name, Geburtsname, Vorname:

Anschrift:

geboren am, Geburtsort:

Geschwister:

Kindheit, Schul- und Jugendzeit:

Heirat am und Wo?

Name des Ehepartners, Geburtsname:

Falls Ehepartner verstorben: Wann?

Kinder:

Erlerner Beruf:

Welche Tätigkeit wurde bis zum Ruhestand ausgeübt?

Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand?

Heimatvertrieben (geflüchtet: wann und wo?):

Kriegsteilnahme: Wie lange und wo?

Liebblings- oder Freizeitbeschäftigung:

Tätigkeiten in folgenden Vereinen (evtl. in welcher Position)?

Durchgestandene schwere Krankheiten, Leiden, Schicksalsschläge?

Weitere ehrenamtliche Tätigkeiten:

Was sollte zusätzlich noch besonders erwähnt werden?

Wünsche zur Bestattung / Trauerfeier:

VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGSVERFÜGUNG UND PATIENTENVERFÜGUNG

Eine ganz persönliche und individuelle Angelegenheit

„Ein Testament machen“ - das heißt zu Lebzeiten regeln, was mit dem Nachlass geschehen soll - ist für viele ein ganz normaler Vorgang.

Was aber ist, wenn man durch einen Unfall, eine Krankheit oder altersbedingt plötzlich nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selber zu regeln?

Hier kann jeder schon in „guten Tagen“ durch eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung und/oder durch eine Patientenverfügung für den Fall dieser „Hilfebedürftigkeit“ vorsorgliche Anordnungen treffen. Diese Vorsorge wird vielfach auch als „Alterstestament“ bezeichnet.

Der Gesetzgeber hat einer solchen „Hilfebedürftigkeit“ durch die mögliche Bestellung eines Betreuers Sorge getragen. **Gleichzeitig wird aber im Gesetz darauf hingewiesen, dass die Erteilung einer Vollmacht durch den Betroffenen immer Vorrang vor einer gerichtlich angeordneten Betreuung haben soll. Mit einer Vorsorgevollmacht regeln Sie selber, wer in welchem Umfang für Sie tätig werden darf. Eine Beteiligung des Betreuungsgerichts ist dann nicht mehr notwendig.**

Sollten Sie keine Vertrauensperson bevollmächtigen wollen oder können und kommt es zu einer Betreuung, können Sie die durch rechtzeitig geäußerte Wünsche in einer sog. Betreuungsverfügung mit Vorschlägen zur Person des Betreuers und zur Gestaltung der Betreuung gezielt Einfluss nehmen.

So kann etwa festgelegt werden, wer gegebenenfalls Betreuer werden soll. Zumeist wird hier vorrangig an den Ehegatten oder nahe Verwandte gedacht. Jedoch sollte nicht vergessen werden, dass der Vorgeschlagene möglicherweise aus Altersgründen im späteren „Ernstfall“ vielleicht nicht mehr in der Lage sein kann, diese Aufgabe zu übernehmen.

Vorsorglich sollte dann an zweiter Stelle eine andere gewünschte Person benannt werden. Diese wichtige Vorsorge ist nicht an ein bestimmtes Alter oder Lebensabschnitt gebunden.

Es wird empfohlen, beigefügte Mustervollmachten und Verfügungen nach Bedarf zu entnehmen und an die bevollmächtigten Personen auszuhändigen. In dieser Notfallmappe sollen aber auf jeden Fall die Verzeichnisse darüber geführt werden, wo sich die Vollmachten befinden und wer mit einer Vollmacht/Verfügung beauftragt wurde. Damit dürfte sichergestellt sein, dass im Notfall die Vollmachten im Original auch vorgelegt werden können.

Alternativ ist es natürlich auch möglich, die Vollmachten in dieser Mappe zu belassen, wenn sichergestellt ist, dass die Bevollmächtigten im Notfall auch Zugriff darauf haben.

Weitere Informationen

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (www.bmjv.de)

Bayerisches Staatsministerium der Justiz

(www.justiz.bayern.de/service/)

Betreuungsstelle am Landratsamt Passau

Domplatz 11

94032 Passau

Tel. (0851) 397 203 oder 204

Fax. (0851) 397 489

Email: betreuungsstelle@landkreis-passau.de



VORSORGEVOLLMACHT

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

(Name, Vorname, Geburtsdatum) (bevollmächtigte Person)

(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit:

- Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. ja nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).*) ja nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. *) ja nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. ja nein

*) Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).



- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. *)
- ja nein

-
- ja nein

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.
- ja nein

- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.
- ja nein

- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.
- ja nein

-
- ja nein

Behörden

- Die bevollmächtigte Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.
- ja nein

Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich.
- ja nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
- ja nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- ja nein

- Verbindlichkeiten eingehen
- ja nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
- ja nein

Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis am Formularende.

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.
- ja nein

- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können
- ja nein

*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen.



Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post (auch mit dem Service „eigenhändig“) entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ja nein

Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. ja nein

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. ja nein

Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt. ja nein

Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. ja nein

Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. ja nein

Weitere Regelungen

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers)

Hinweis:

Für die Vermögensvorsorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich bzw. sinnvoll!



PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes (zutreffendes habe ich angekreuzt bzw. unten beigefügt):

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich in Folge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- _____
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen



4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung).

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

Ich wünsche eine Begleitung

durch _____

 (für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge _____

durch Hospizdienst _____

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir Ja Nein bevollmächtigten Person besprochen.

Hinweis auf erteilte Vollmachten

Bevollmächtigte(r)

 Name, Vorname Geburtsdatum

 Anschrift Telefon

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt Ja Nein

Ich habe einen Organspende Ausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja Nein

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe, geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

oder
 gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.
 (Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspende Ausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

 Ort, Datum Unterschrift



Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht zwingend vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name,
Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax/E-Mail: _____

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von*

Name, Vorname Anschrift

Ort, Datum Telefon (Unterschrift der/des Beratenden)

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift Telefon

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift Telefon



BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor:

Name / Vorname /

Geburtsdatum: _____

Straße / Wohnort: _____

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name / Vorname /

Geburtsdatum: _____

Straße / Wohnort: _____

Auf keinen Fall zur Betreuerin / zum Betreuer bestellt werden soll:

Name / Vorname /

Geburtsdatum: _____

Straße / Wohnort: _____

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheit durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.

2. _____

3. _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

VERZEICHNIS DER ERTEILTEN VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

habe nachfolgend aufgeführten Vollmachten und Verfügungen erteilt:

Meine Vertrauensperson

(Name, Vorname, Geburtsdatum) (bevollmächtigte Person)

(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

ist mit folgenden Vollmachten/Verfügungen ausgestattet:

Vorsorgevollmacht ja nein

(Ausstellungsdatum)

Patientenverfügung ja nein

(Ausstellungsdatum)

Betreuungsverfügung ja nein

(Ausstellungsdatum)

Kontovollmacht ja nein

(Bank, Sparkasse, Konto)

(Ausstellungsdatum)

(Bank, Sparkasse, Konto)

(Ausstellungsdatum)

(Bank, Sparkasse, Konto)

(Ausstellungsdatum)



Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden
oder verständlich äußern kann, habe ich

Tritt dieser Fall ein, bitte ich umgehend mit dieser
von mir benannten Vertrauensperson Kontakt
aufzunehmen.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Anschrift

Eine Vorsorge-Vollmacht, Patientenverfügung,
Betreuungsverfügung *) erstellt.

Telefon

*) Nichtzutreffendes ist zu streichen

I m p r e s s u m :

Herausgeber:

Landratsamt Passau
Domplatz 11
94032 Passau
Tel. 0851/397-1, Fax 0851/2894
poststelle@landkreis-passau.de

Redaktion:

Sachgebiet Soziales und Senioren
Fachstelle Senioren
Roland Gruber
Tel. 0851/397-318, Fax 0851/490595318

Bildnachweis:

© Robert Kneschke – Fotolia.com

Druck:

Offsetdruck Dorfmeister, Tittling

Verteilung:

kostenlos bei Soziales und Senioren im Landratsamt
Domplatz 11, 94032 Passau

Ebenso können Sie die Notfallmappe auch unter www.landkreis-passau.de,
unter der Rubrik „A-Z“, als PDF-Datei herunterladen.

Bearbeitungsstand:

Juli 2015