

NOTFALLMAPPE

von

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



LANDKREIS
PASSAU

VORWORT



Liebe Seniorinnen und Senioren,
liebe Bürgerinnen und Bürger,

ich wünsche Ihnen von Herzen, dass Sie diese Notfallmappe jetzt zwar interessiert durchblättern – aber hoffentlich nie für den Ernstfall brauchen.

Es kann aber nun einmal jeder von uns durch Krankheit oder Unfall in die Lage kommen, auf Hilfe angewiesen zu sein. Dann ist es wichtig, die wesentlichen Dinge geregelt zu haben. Denn: Vorsorge gibt Sicherheit!

Dazu ist es aber nötig, die Daten möglichst genau zusammenzustellen und die Wünsche und Verfügungen rechtzeitig und verbindlich klar zu formulieren. Denn sollte der eigene Wille nicht mehr selbst geäußert werden können, so soll dieser dennoch für alle deutlich werden.

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



Raimund Kneidinger
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.

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. _____

Pflegegrad: ja nein beantragt am: _____ Grad: I II III IV V

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, Handynummer:

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

Verwandtschaft, Beziehung

Name, Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer, Handy, E-Mail-Adresse

Verwandtschaft, Beziehung

IM NOTFALL ZU BEACHTEN

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

Name, Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort, Telefonnummer, Telefax, E-Mail

Name, Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort, Telefonnummer, Telefax, E-Mail

Hausnotruf:

Anbieter

Telefonnummer, Handynummer

Sonstiges (z. B. Betreuung von Haustieren):

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

| | |
|--|----------------------------|
| Polizei | 110 |
| Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt | 112 |
| Ärztlicher Bereitschaftsdienst | 116117 |
| Apothekennotdienst | 0800/0022833 |
| Giftnotruf | 089/19240 |
| Telefonseelsorge | 0800/ 1110111 oder 1110222 |
| Stadt-/Gemeindeverwaltung | <hr/> |
| zuständiges Pfarramt | <hr/> |
| Ambulanter Pflegedienst | <hr/> |
| Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Stadt und Landkreis Passau | 0851/851948-0 |
| Betreuungsstelle Landratsamt Passau | 0851/397-3204 |
| 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, Handynummer

Fachrichtung in Behandlung wegen

Name der Praxis

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer, Handynummer

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 Krankenseinweisung.
- 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: _____

Pflegegrad: _____

Private Pflegeversicherung / Zusatzversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: _____

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 An-
schrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Hausratversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-
schrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Brandversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-
schrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Wohngebäudeversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-
schrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Kfz-Versicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-
schrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Weitere Versicherungen:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-
schrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-
schrift 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:

Meine E-Mail-Adressen:

Sonstige Internet-Aktivitäten (z.B. Homepage, Zugänge bei folgenden Internetseiten z.B. Online-Shop, Social Media, Internet-Abos...):

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 wiederverheiratet.
 - 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
Passauer Straße 39
94121 Salzweg
Tel. 0851/397-3204
Email: betreuungsstelle@landkreis-passau.de



VORSORGEVOLLMACHT

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)

 (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort)

 (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

 (bevollmächtigte Person)

 (Name, Vorname, Geburtsdatum)

 (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit ja angekreuzt oder gesondert 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 werde.

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

Gesundheitspflege / Pflegebedürftigkeit:

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB).*) ja nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 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. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. ja nein

*) Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einverständnis 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 (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse erforderlich ist. * ja nein
 - ja nein
-

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ja nein
 - Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. ja nein
 - Sie darf meinen Haushalt auflösen. ja nein
 - Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. ja nein
 - Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. ja nein
 - Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. ja nein
 - 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 (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). ja nein
 - Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können ja nein
-
-

* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs.2 und 5 BGB und § 1832 Abs.2,4 und 5 BGB).

** Zur Aufnahme von Darlehen ist der Bevollmächtigte nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde.



Post- und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post - auch mit dem Vermerk "eigenhändig" - entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ja nein

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie hat sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. ja nein

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. 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 vorne 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 ZUR KONTO-/DEPOTVOLLMACHT

Hinweis

Für die Vermögenssorge 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.

Ihre Bank/Sparkasse ist gesetzlich verpflichtet, den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. Zur Erteilung der Konto-/Depotvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf.

Für die Aufnahme von Darlehen ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich. Für Immobiliengeschäfte muss die Unterschrift unter der Vollmacht durch den Notar oder den Urkundsbeamten der Betreuungsbehörde beglaubigt sein.

ZENTRALES VORSORGEREGISTER

Was nützen Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung, wenn sie im Fall des Falles nicht gefunden werden?

Die Bundesnotarkammer in Berlin führt das Zentrale Vorsorgeregister. Hier werden Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen, jeweils auch in Verbindung mit Patientenverfügungen, erfasst. Es können notariell beurkundete und auch privatschriftliche Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen registriert werden.

Die Registrierung soll unnötige und unerwünschte gesetzliche Betreuungen vermeiden bzw. dem Betreuungsgericht die Suche nach einem Bevollmächtigten erleichtern.

Weitere Informationen erhalten Sie gebührenfrei unter der Telefonnummer 0800/35 50 500, im Internet unter <https://www.vorsorgeregister.de/> und per E-Mail info@vorsorgeregister.de von der

**Bundesnotarkammer
- Zentrales Vorsorgeregister -
Kronenstraße 42
10117 Berlin**



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 gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine 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, dass eine Besserung dieses Zustands 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 lehne ich Folgendes ab:

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebungsmaßnahmen

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

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine künstliche Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.
- Ich wünsche eine Begleitung durch

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Erläuterungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.
- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. ja nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. ja nein
- Sofern dieser Patientenverfügung Persönliche Ergänzungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende (Patientenverfügung und Organspende oder „Organspendeausweis“), 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, solange ich einwilligungsfähig bin.

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 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/Telefax/E-Mail

(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 § 1828 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/Telefax/E-Mail

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

 Name, Vorname

Geburtsdatum

 Anschrift

Telefon/Telefax/E-Mail

MEINE PERSÖNLICHEN ERGÄNZUNGEN ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

(aktuelle Lebens- und Krankheitssituation, zusätzliche Krankheitszustände mit den jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen, grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben)

Ort, Datum

Unterschrift



PATIENTENVERFÜGUNG UND ORGANSPENDE

Ich, _____

(Name, Vorname, Adresse)

habe eine Patientenverfügung erstellt. Ich habe einen Organspendeausweis, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens weniger Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zur Entnahme erforderlich sind. Das soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Lebensphase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift

Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

Ergänzung zur Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

1. Personalien

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

2. Krankheitsgeschichte und Diagnose¹

3. Was mir jetzt wichtig ist ²

Ich weiß, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen, so wünsche ich ausdrücklich:

¹ Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

² Grundsätzliche Überlegungen (z.B. Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u.a.).

Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

Darüber hinaus ist mir noch besonders wichtig ³

- Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und diese ambulant nicht durchgeführt werden können.
- Mein Wunsch ist es, zu Hause zu bleiben. Sollte das nicht gehen, möchte ich nach Möglichkeit in die Pflegeeinrichtung/Krankenhaus, Station

Name, Adresse

eingeliefert werden.

Telefon

- Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

in Person von

Name

Adresse, Telefon

- Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst

Adresse, Telefon



4. Momentane Medikation

Die aktuelle Medikation, Indikation und Dosierung bereitliegender Notfallmedikamente sollten auf einem gesonderten Blatt beigefügt sein.

Zuletzt geändert am: _____

Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Unterschrift des behandelnden Arztes/Palliativfachkraft

3 Zutreffendes habe ich angekreuzt.

5. Notfallplan ⁴

| Mögliche Komplikation | Vom Patienten gewünschte Behandlung |
|-----------------------|-------------------------------------|
| | |
| | |
| | |

Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Telefon

Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

4 Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

Aktuelle Medikation

| Medikament | Uhrzeit | Zweck |
|------------|---------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Zuletzt geändert am: _____

Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Telefon

Unterschrift des behandelnden Arztes/Palliativfachkraft

HINWEIS ZUR BETREUUNGSVERFÜGUNG

Hinweis

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, und zwar durch eine Betreuungsverfügung.

Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll). Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.

Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat.

Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.



BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht 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 / Telefon / Telefax / E-Mail

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name / Vorname / Geburtsdatum

Straße / Wohnort / Telefon / Telefax / E-Mail

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

Name / Vorname / Geburtsdatum

Straße / Wohnort / Telefon / Telefax / E-Mail

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

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ja nein ist.

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

_____ (bevollmächtigte Person)
 [Name, Vorname, Geburtsdatum]

 [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 der von mir bevollmächtigten Vertrauensperson Kontakt aufzunehmen.

 Name, Vorname, Geburtsdatum

 Name, Vorname, Geburtsdatum

 Anschrift

 Anschrift

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

 Telefon

*) Nichtzutreffendes ist zu streichen


Ich bin damit einverstanden, dass in einer Notsituation diese Daten an einen Helfer oder Rettungsdienst weitergegeben werden. / I agree that in case of an emergency situation this data will be forwarded to a helper or rescue service.

Datum, Unterschrift / date, signature _____


Polizei / police 110

Notruf/Feuerwehr / emergency call/fire department 112


Ärztlicher Notdienst / emergency service 116117



Landratsamt Passau
Fachstelle Senioren
www.landkreis-passau.de
Bilderarchiv@lraober-bonachle - orfilla.com
Alle Angaben ohne Gewähr!



Notfall-Ausweis Emergency-Card



**LANDRATSAMT
PASSAU**

Tetanus-Schutzimpfungen / tetanus vaccination

Datum / date _____ Präparat + Ch.-B. / preparation _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme / long term medication

Präparat / preparation _____ Dosis / dosage _____ Seit (Datum) / since (date) _____

Besonderheiten / particularities:

- Herzschrittmacher / pacemaker
- Gelenkersatz / joint replacement
- Implantate / implants
- Demenz / dementia

Blutgruppe und Rh-Faktor / blood type and Rh-factor:

wird beides im Notfall neu bestimmt / both will be redefined in case of emergency

Medikamentenunverträglichkeit / drug intolerance

ja / yes nein / no

Bemerkungen / remarks: _____

Datum / date _____ Stempel, Unterschrift des Arztes / stamp, signature of the doctor _____

Landkreis Passau NOTFALL-AUSWEIS EMERGENCY-CARD

Vorname / given name _____

Name / family name _____

Geburtsdatum / date of birth _____

Adresse / address _____

Patentverfügung/Vorsorgevollmacht / patient's provision/health care proxy
Aufbewahrungsort / where to find it _____
Bevollmächtigter / Name, Telefon / representative? name, phone _____

Bei Vorsorgeregister.de registriert / registered at vorsorgeregister.de

Organpendelausweis / organ donor card
Für den Fall meines Todes erkläre ich / explain in the case of my death:
 Ja, ich stimme der Entnahme von Organen, Geweben und Zellen für Transplantationszwecken zu, mit Ausnahme folgender Organe/Zwecke / yes, I agree with the removal of organs, tissues and cells for transplantation purposes, except for the following organs/purposes:
 Nein, ich stimme einer Entnahme von Organen, Geweben und Zellen nicht zu / No, I do not agree with the removal of organs, tissues and cells

folgende Person soll nach meinem Tod über eine Entnahme entscheiden / if not answered, the following person should decide:

Name, Vorname / family name, given name _____ Telefon / phone _____

Adresse / address _____

Datum, Unterschrift / date, signature _____

Im Notfall zu verständigen / emergency contact

Name / name _____ Telefon / phone _____

Name / name _____ Telefon / phone _____

Hausarzt / attending physician _____ Telefon / phone _____

Krankenkasse / health insurance _____

Bevorzugtes Krankenhaus / preferred hospital _____

Erkrankungen/Vorerkrankungen / diseases/pre-existing conditions

Allergie/allergy ja / yes nein / no

gegen/to _____

gegen/to _____

Antikoagulation (Blutverd.) / anticoagulation ja / yes nein / no

Asthma/chron. Bronchitis ja / yes nein / no

Bluthochdruck / high blood pressure ja / yes nein / no

Bypass-Operation / bypass surgery ja / yes nein / no

Diabetes mellitus / diabetes ja / yes nein / no

Epilepsie / epilepsy ja / yes nein / no

Hämophilie (Blutetr.) / hemophilia ja / yes nein / no

Herzinfarkt / heart attack ja / yes nein / no

Glaukom / glaucoma ja / yes nein / no

Krebs / cancer ja / yes nein / no

Nierenerkrankungen / kidney disease ja / yes nein / no

ja / yes nein / no

IMPRESSUM:

Herausgeber:

Landratsamt Passau
Domplatz 11
94032 Passau
Tel. 0851/397-0

Redaktion:

Landratsamt Passau
Fachstelle Senioren
Tel. 0851/397-2318
E-Mail: fachstelle.senioren@landkreis-passau.de
www.landkreis-passau.de

Bildnachweis:

© Robert Kneschke – Fotolia.com

Druck:

Offsetdruck Dorfmeister, Tittling

Verteilung:

Kostenlos bei Landratsamt Passau
Fachstelle Senioren,
Domplatz 11, 94032 Passau
Tel. 0851/397-2318
E-Mail: fachstelle.senioren@landkreis-passau.de

Ebenso können Sie die Notfallmappe auch unter www.landkreis-passau.de,
unter der Rubrik „Senioren, Gesundheit & Soziales“, als PDF-Datei herunterladen.

Bearbeitungsstand:

Februar 2025