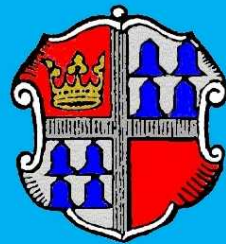


# NOTFALLMAPPE

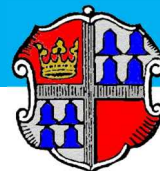




# INHALTSVERZEICHNIS

Wichtige Rufnummern	3
Persönliche Daten	4
Im Notfall zu benachrichtigen	4
Hausarzt	5
Apotheke	5
Ambulanter Pflegedienst	5
Krankenversicherung	6
Medizinische Daten (Blutgruppe, Impfungen, Allergien, Diabetes)	7
Medizinische Daten (Anfallsleiden, Implantate, Transplantationen, Blutgerinnungshemmer)	8
Medizinische Daten (Organspendeausweis, Schwerbehinderungen, Sonstiges)	9
Versicherungen	10
Vermögensaufstellung	13
Verbindlichkeiten	16
Renten	17
Mitgliedschaften, Abonnements	18
Bestehende Verträge (Telefon, Internet, Strom, Gas, Wasser)	19
Kraftfahrzeuge	19
Krankenhauseinweisung	20
Vorsorgevollmacht	21
Vollmacht zum Heraustrennen	22
Patientenverfügung Einleitung	26
Notizen	27
Patientenverfügung	29
Checkliste für den Todesfall	32
Nachlassangelegenheiten	33
Impressum	34

Wir bedanken uns ganz herzlich beim Landratsamt Regensburg,  
das diese Notfallmappe zur Verfügung gestellt hat



## WICHTIGE RUFNUMMERN

Ärztlicher Bereitschaftsdienst:	116 117
Feuerwehr:	Notruf 112
Rettungsdienst:	Notruf 112
Polizei, Überfall:	Notruf 110
Polizeiinspektion Obernburg	06022 / 6290
Notfallfaxnummer für Gehörlose:	122
Giftnotrufzentrale: Nürnberg oder München Mainz	0911 / 3982451 oder 089 / 19240 06131 / 19240
Ambulanter Pflegedienst:	_____
Stadtverwaltung:	09372 / 9893-0
Pfarramt: katholisch evangelisch	09372 / 941387 09372 / 2929
Telefonseelsorge (Tag und Nacht) katholisch: evangelisch:	0800 /1110 - 222 0800 /1110 - 111
EC - Kartensperrung:	116 116
Beratungsstelle für Senioren und pflegende Angehörige	09371 / 6694920 (Miltenberg) 09372 / 9400075 (Erlenbach)
EZV Störungsdienst	09372 / 9455-0 0171 / 5185592
gasuf Störungsdienst	09372 / 5085 09372 / 4437



## PERSÖNLICHE DATEN

---

Name

Vorname

---

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

---

Telefon / Handy

E-Mail

---

Konfession

Familienstand

---

Steuer-Identifikationsnummer

---

Ehegatte: Name, Vorname, evtl. früherer Name

## IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

---

Name

Vorname

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

---

Telefon / Handy

E-Mail

---

Name

Vorname

---

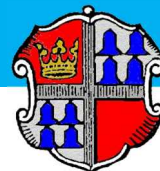
Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

---

Telefon / Handy

E-Mail



## HAUSARZT

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Handy

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:



\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Praxis

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefon



\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Praxis

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefon



\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Praxis

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefon

## APOTHEKE

\_\_\_\_\_  
Name der Apotheke

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

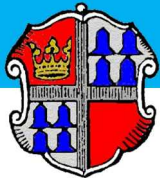
## AMBULANTER PFLEGEDIENST

\_\_\_\_\_  
Name des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon



# KRANKENVERSICHERUNG

## Gesetzliche Krankenkasse

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Versicherungskarte befindet sich: \_\_\_\_\_

## Private Krankenkasse / Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Versicherungskarte befindet sich: \_\_\_\_\_

## Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

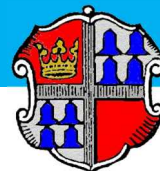
Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Versicherungskarte befindet sich: \_\_\_\_\_



# MEDIZINISCHE DATEN

## Blutgruppe

\_\_\_\_\_

## Impfungen

ja  nein

Impfbuch vorhanden:

ja  nein

Impfbuch befindet sich:

\_\_\_\_\_

Impfung gegen:

\_\_\_\_\_

## Allergien

ja  nein

Allergiepass vorhanden:

ja  nein

Allergiepass befindet sich:

\_\_\_\_\_

Allergie gegen:

\_\_\_\_\_

## Diabetes

ja  nein

Insulin:

ja  nein

Tabletten:

ja  nein

Ausweis vorhanden:

ja  nein

Ausweis befindet sich:

\_\_\_\_\_



# MEDIZINISCHE DATEN

## Anfallsleiden

ja  nein

nähere Beschreibung:

---

---

## Implantate

ja  nein

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

---

---

---

## Transplantationen

ja  nein

Art der Transplantation und weitere Angaben:

---

---

---

## Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.)

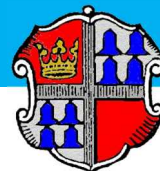
ja  nein

falls ja, welche:

---

---





# MEDIZINISCHE DATEN

Organspendeausweis

ja  nein

Ausweis befindet sich: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwerbehinderungen

ja  nein

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Art der Behinderung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# VERSICHERUNGEN (Angaben ergänzen und regelmäßig aktualisieren)

## Sterbegeldversicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Lebensversicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

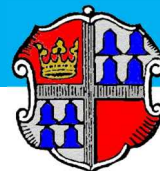
## Unfallversicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_



### Privathaftpflichtversicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Hausratversicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Kfz-Versicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_



### Gebäudeversicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Feuerversicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Weitere Versicherungen

(z. B. Rechtsschutz-, Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Glasversicherung, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

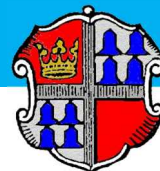
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# VERMÖGENSAUFSTELLUNG

## Grundbesitz:

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich \_\_\_\_\_

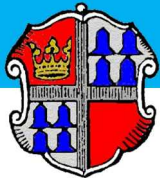
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Girokonten: \_\_\_\_\_

Girokonto-Nr.: \_\_\_\_\_

bei der Bank: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Girokonto-Nr.: \_\_\_\_\_

bei der Bank: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Sparkonten: \_\_\_\_\_

Sparbuch/Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

bei der Bank: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Das Sparbuch befindet sich: \_\_\_\_\_

Sparbuch/Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

bei der Bank: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

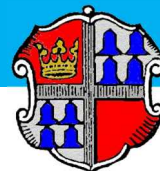
Das Sparbuch befindet sich: \_\_\_\_\_

Sparbuch/Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

bei der Bank: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Das Sparbuch befindet sich: \_\_\_\_\_



### Weitere Konten:

Bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

Bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

Bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

### Bausparverträge:

Nr. \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Die Unterlagen befinden sich: \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Die Unterlagen befinden sich: \_\_\_\_\_

### Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände:

---

---

---

---

---

### Bankschließfach:

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Schließfachnummer: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Der Schlüssel befindet sich: \_\_\_\_\_



## Kontovollmacht:

Ich habe für folgende Konten **Vollmacht über den Tod hinaus** ausgestellt auf:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ bei Bank \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ bei Bank \_\_\_\_\_

Die Vollmacht befindet sich:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

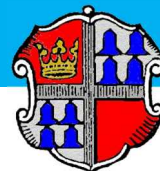
## VERBINDLICHKEITEN

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





# RENTEN

## Altersrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Betriebsrente/Zusatzrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Witwen-/Witwerrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Private Rentenversicherung und Riesterrente:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Beamtenversorgung:

Pensionsfestsetzende  
Behörde: \_\_\_\_\_

Personalnummer/  
Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## Zusatzversorgungskassen:

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_



## MITGLIEDSCHAFTEN, ABONNEMENTS

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

---

---

---

---

---

---

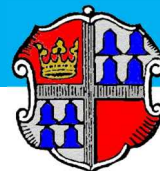
---

---

Rundfunk und Fernsehen:

---

Mitgliedsnummer bei der Gebühreneinzugszentrale



## BESTEHENDE VERTRÄGE

### Telefon- und Internet:

Anbieter: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_

### Strom / Gas / Wasser:

Anbieter: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Sonstige:

Anbieter: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_

## KRAFTFAHRZEUGE

Hersteller / Typ: \_\_\_\_\_

Kfz-Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Standort: \_\_\_\_\_

Kfz-Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft

Versicherungs-Nr.

Hersteller / Typ: \_\_\_\_\_

Kfz-Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Standort: \_\_\_\_\_

Kfz-Versicherung: \_\_\_\_\_

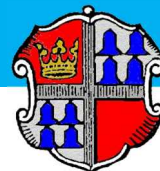
Versicherungsgesellschaft

Versicherungs-Nr.



# VORBEREITENDE MAßNAHMEN FÜR EINE KRANKENHAUSEINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente und aktueller Medikamentenplan
- Personalausweis
- Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen



# VORSORGEVOLLMACHT

Immer mehr Menschen in Deutschland denken daran, Vorsorge für weniger gute Zeiten zu treffen – nämlich für den Fall, dass sie infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst wie gewohnt regeln können. In diesem Rahmen sollte sich jeder auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für ihn treffen soll, wenn er selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr hierzu in der Lage ist.

Diese Frage wird leider von vielen verdrängt oder auf „später“ hinausgeschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und darauf angewiesen zu sein, dass ein anderer für ihn spricht. Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Betreuungsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen. Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden. Bundesweit werden derzeit weit mehr als 1 Million Betreuungen geführt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich kein Betreuer bestellt werden.

Wer im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er uneingeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den „Fall des Falles“ durch eine Vorsorgevollmacht als rechtlichen Vertreter bestimmt. Wichtig für die Auswahl dieser Person ist das uneingeschränkte Vertrauen, da keine direkte Kontrolle der bevollmächtigten Person stattfindet. So kann seitens der Behörde ein Missbrauch nicht vorbeugend verhindert werden.

Eine Vorsorgevollmacht kann nur erteilt werden, wenn man im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Wenn Sie nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht wünschen, wenden Sie sich bitte an die Betreuungsstelle unter der Telefonnummer 06022 / 6200-664 oder 06022 / 6200-6665.

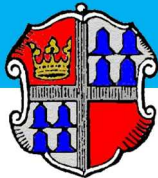
Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# VOLLMACHT

- Seite 1 -

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum) (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an \_\_\_\_\_ (bevollmächtigte Person)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum) (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

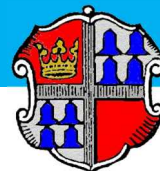
Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung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

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge 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).



# VOLLMACHT

- Seite 2 -

- 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

## 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. **Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis auf Seite 25.**

- 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 (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB)

(Aus: »Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter«, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-64730-7).



# VOLLMACHT

- Seite 3 -

## ● 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

## ● 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 fort gilt.

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)

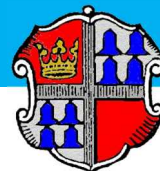
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Vollmachtgeberin /des Vollmachtgebers)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

Aus: »Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter«, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-64730-7).





### 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

In der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die den nächsten Angehörigen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbständigkeit, lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlung, künstliche Ernährung oder ähnliches begonnen bzw. fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder wenigstens Besserung besteht?

Dies sind schwierige Fragen, über die sich jeder vorausschauend und abwägend eine Meinung bilden sollte. Wer sich dem nicht stellt, muss wissen, dass im Ernstfall andere für ihn entscheiden und hierbei mühsam versuchen werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln.

Um sicher zu sein, dass die eigenen Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer schriftlichen Patientenverfügung. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden.

Wir empfehlen eine Beratung zur Patientenverfügung beim Hausarzt.

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung. Die Patientenverfügung befindet sich

---

---

## NOTIZEN

---

---





# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

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

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. eingefügt)

- 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 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 infolge 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.
- \_\_\_\_\_

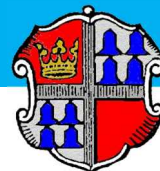
Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

## 2. In allen unter Nr. 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 Nr. 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 Nr. 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 eine 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 bevollmächtigten Person besprochen. ja  nein

Hinweis auf erteilte Vollmacht(en):

Name des/der Bevollmächtigten	
Anschrift	
Telefon	Telefax

- 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

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 (»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.

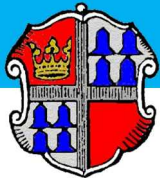
Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Aus: »Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter«, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-64730-7).



# PATIENTENVERFÜGUNG

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. 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

## Arzt / Ärztin meines Vertrauens

(Name)

(Anschrift)

(Telefon)

(Telefax)

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

(Name)

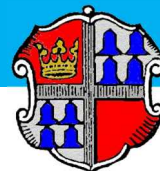
(Anschrift)

(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 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:

---

Geburtsdatum:

---

Straße:

---

Wohnort:

---

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

Name:

---

Geburtsdatum:

---

Straße:

---

Wohnort:

---

## NOTIZEN

---

---

---

---

---

---

---



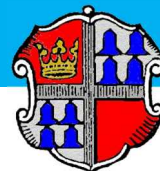
# CHECKLISTE

## »ERSTE SCHRITTE BEI EINEM TODESFALL«

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung und überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung.
4. Pfarramt informieren und Termine absprechen.
5. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen. Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
  - Bundespersonalausweis des / der Verstorbenen
  - Todesbescheinigung
  - Geburtsurkunde des / der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
  - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
  - Sterbeurkunde des bereits verstorbenen Ehegatten
  - evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet.
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Evtl. Todesanzeige bei den Tageszeitungen aufgeben.
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber des Verstorbenen und an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen.
9. Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen.
10. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und der Krankenkasse, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen.





11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Internet, Strom, Gas, GEZ etc.), eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge und evtl. Kfz- Abmeldung.
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
13. Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Fragen an die Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung, (Ämtergebäude – nicht im Landratsamt), Fährweg 35, 63897 Miltenberg, Tel. 09371 / 501152 wenden. Bei Vorsprachen in der Beratungsstelle unbedingt telefonisch einen Termin vereinbaren und Ausweispapiere mitnehmen.
14. Evtl. Danksagungen bei den Tageszeitungen aufgeben.

Diese vorgenannten Tätigkeiten können Sie auch zum Großteil einem Bestattungsunternehmen übertragen. Dies ist natürlich mit Kosten verbunden.

## NACHLASSANGELEGENHEITEN

- Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.
- Mein Testament ist hinterlegt bei: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:

---

---

---

---

---



## DER SENIORENBEIRAT STELLT SICH VOR:



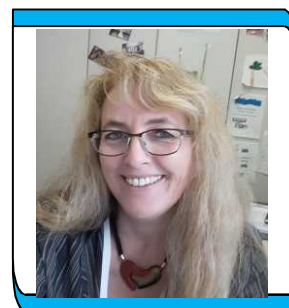
**Bernd Lenk**  
Seniorenbeauftragter  
09372 / 71922



**Robert Unkelbach**  
stellv. Seniorenbeauftragter  
09372 / 8170



**Andreas Fath**  
1. Bürgermeister  
09372 / 98930  
Andreas.Fath@woerth-am-main.de



**Karin Schirmeister**  
Stadt Würth a. Main  
09372 / 989313  
Karin.Schirmeister@woerth-am-main.de



**Rudi Bauer**  
Schiffahrtsmuseum  
09372 / 4701



**Gabriele Bonn**  
Strickkreis  
09372 / 944744



**Martin Ferber**  
Stadtrat  
09372 / 71694



**Sieglinde Haun**  
Kath. Kirchengemeinde  
09372 / 6426



**Gottfried Hofmann**  
Stadtrat  
09372 / 73719



**Elisabeth Hörnig**  
Wanderfreunde  
09372 / 6981



**Karin Lehmann**  
Herzsportgruppe  
09372 / 9478593



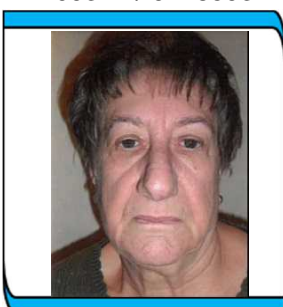
**Peter Lehmann**  
OGV  
09372 / 9478593



**Erika Schellenberger**  
Chorgemeinschaft  
09372 / 93200



**Birgit Zethner**  
Stadträtin  
09372 / 8766

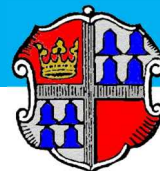


**Elke Ziegler**  
09372 / 1866

### IMPRESSUM

**Herausgeber:**  
Stadt Würth a. Main, vertreten durch  
1. Bürgermeister Andreas Fath  
**Internet:**  
[www.woerth-am-main.de](http://www.woerth-am-main.de)  
E-Mail: [postmaster@woerth-am-main.de](mailto:postmaster@woerth-am-main.de)  
**Redaktion:**  
Für den Text verantwortlich:  
Karin Schirmeister und Silvia Harz,  
Stadtverwaltung Würth a. Main  
**Fotos:**  
Stadt Würth a. Main und Rudi Bauer  
**Layout/Satz:**  
Stadt Würth a. Main  
**Druck:**  
Stadt Würth a. Main  
**Auflage:**  
5. Auflage, 100 Stück, März 2019

Für Fragen und Anregungen wenden Sie sich bitte



# Für den Notfall

(Bitte neben das Telefon legen)

Polizei ..... 110    Rettungsdienste  
Schlaganfall-Telefon ..... 112    (Notarzt, Feuerwehr) ..... 112

Hausarzt:

Name ..... Telefonnummer .....

Mein Name / Vorname .....

Meine Adresse .....

Meine Telefonnummer .....

Meine Krankenkasse .....

Kontaktperson:

Name ..... Telefonnummer .....

Adresse .....

## Für den Notfall (Zur Aufbewahrung in der Geldbörse)

## Für den Notfall (Zur Aufbewahrung in der Geldbörse)

Hausarzt:

Hausarzt:

Name: ..... Name: .....

Telefonnummer: ..... Telefonnummer: .....

Mein Name / Vorname ..... Mein Name / Vorname .....

Meine Adresse ..... Meine Adresse .....

Meine Telefonnummer ..... Meine Telefonnummer .....

Meine Krankenkasse ..... Meine Krankenkasse .....

Kontaktperson: ..... Kontaktperson: .....

Name ..... Telefonnummer ..... Name ..... Telefonnummer .....

Adresse ..... Adresse .....

hier falzen →