

NOTFALLMAPPE



Für

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:





PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vornamen

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon/Handy

E-Mail

Konfession

Familienstand

Steueridentifikationsnummer

2

ANGABEN ZUM EHEGATTEN/LEBENSPARTNER

Name

Vornamen

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon/Handy

Verwahrung der Urkunde/des Stammbuches/der Sterbeurkunde/des Scheidungsurteils

Raum für weitere Anmerkungen:



IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name

Vornamen

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon/Handy

E-Mail

oder

Name

Vornamen

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon/Handy

E-Mail

IM NOTFALL ZU BEACHTEN

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

Sonstiges:



ERWERBSTÄTIGKEIT als Arbeitnehmer

Arbeitgeber

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon/Handy

Personalnummer

Sozialversicherungsnummer

Unterlagen befinden sich: _____

als Selbständiger (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft)

Art der Selbständigkeit

Anschrift der Firma

zuständiges Finanzamt

Handelsregister

Weitere Angaben: _____

Nebenberuf/Nebenbeschäftigung

Beschreibung der Tätigkeit

Weitere Angaben: _____



HAUSARZT

Name des Arztes

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon/Handy

5

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

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

AMBULANTER PFLEGEDIENST

Name des Pflegedienstes

PLZ, Ort

Telefon

Telefax



Wichtige Rufnummern

Rettungsdienst:	➤➤➤➤➤➤	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst:	➤➤➤➤➤➤	116 117
Feuerwehr:	➤➤➤➤➤➤	112
Polizei, Überfall:	➤➤➤➤➤➤	Notruf 110
Polizeiinspektion Plattling:	➤➤➤➤➤➤	09931 91640
Schlaganfallnotruf: (Zur Prävention)	➤➤➤➤➤➤ ➤➤➤➤➤➤	112 (09931 87150 Bezirksklinikum Mainkofen, 0160 96255327 allgemein)
Giftnotruf: (Zur Prävention)	➤➤➤➤➤➤ ➤➤➤➤➤➤	112 089 19240 (München), 0911 3982451 (Nürnberg)
Ambulanter Pflegedienst:	➤➤➤➤➤➤	_____
Klinikum Deggendorf:	➤➤➤➤➤➤	0991 3800
Apothekennotdienst:	➤➤➤➤➤➤	0800 0022833
Zahnärztlicher Notdienst:	➤➤➤➤➤➤	www.notdienst-zahn.de
Gemeindeverwaltung:	➤➤➤➤➤➤	09935 95000
Pfarramt:	➤➤➤➤➤➤	_____
Telefonseelsorge:	evangelisch katholisch	0800 1110111 0800 1110222
Kartensperrung:	➤➤➤➤➤➤	116 116
Sucht-Hotline:	➤➤➤➤➤➤	089 282822 (anonym)
Frauennotruf Deggendorf e.V.:	➤➤➤➤➤➤	0991 382460
Frauenhaus Deggendorf:	➤➤➤➤➤➤	0991 382020
Tierrettungsdienst Renz:	➤➤➤➤➤➤	015152197698
Tierheim Wangering:	➤➤➤➤➤➤	09901 7039
Hilfetelefon „Schwangere in Not – anonym & sicher“:	➤➤➤➤➤➤	0800 4040020
_____	➤➤➤➤➤➤	_____
_____	➤➤➤➤➤➤	_____



KRANKENVERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenkasse

Name der Versicherung

Sitz

Tel.-Nr.:

Nr. der Versichertenkarte

Versichertenkarte befindet sich

Private Krankenkasse/Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung

Sitz

Tel.-Nr.:

Nr. der Versichertenkarte

Versichertenkarte befindet sich

Private Pflegeversicherung/Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherung

Sitz

Tel.-Nr.:

Nr. der Versichertenkarte

Versichertenkarte 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:

Anfallsleiden

ja

nein

Nähere Beschreibung:

Implantate

ja

nein

Art des Implantats:
(z.B. Herzschrittmacher,
Knie- oder Hüftgelenk,
Auge, Zähne usw.)



Transplantationen

ja

nein

Art des Transplantation
und weitere Angaben

Blutgerinnungshemmende

Substanzen (Marcumar etc.) ja

nein

Falls ja, welche:

Organspendeausweis

ja

nein

Ausweis befindet sich:

Schwerbehinderungen

ja

nein

Grad der Behinderung:

Art der Behinderung:

Sonstiges

(regelmäßige Tabletteneinnahme + Einnahmezeit, chronische Krankheiten etc.)



Zahnärztliche Behandlungen

Datum Von/bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

10

Klinische Behandlungen –stationär–

Datum Von/bis	Grund des Klinikaufenthalts (Diagnose)	Name/Anschrift des Krankenhauses

Ärztliche Behandlungen –ambulant–

Datum Von/bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes



Versicherungen

Sterbegeldversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

11

Lebensversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

Unfallversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____



Privathaftpflichtversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

Unterlagen befinden sich: _____

12

Hausratversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

Unterlagen befinden sich: _____

Kfz-Versicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

Unterlagen befinden sich: _____

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

Unterlagen befinden sich: _____



Gebäudeversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

Unterlagen befinden sich: _____

13

Feuerversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlicher zuständiger
Vertreter mit Anschrift
und Telefonnummer _____

Versicherungsnummer: _____

Unterlagen befinden sich: _____

Weitere Versicherungen:

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

Folgende Versicherungen können gekündigt werden:



VERMÖGENSAUFSTELLUNG

Grundbesitz/Immobilieigentum:

Art des Grundbesitzes: (z.B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z.B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr./Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

14

Art des Grundbesitzes: (z.B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z.B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr./Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	



Art des Grundbesitzes: (z.B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z.B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr./Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

Art des Grundbesitzes: (z.B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z.B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr./Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
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:

_____	_____	_____
(Bank)	(Konto-Nr.)	(Kontoart)
_____	_____	_____
(Bank)	(Konto-Nr.)	(Kontoart)
_____	_____	_____
(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 eine **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: _____

Bescheid/e vom: _____

Unterlagen befinden sich: _____

19

Betriebsrente/Zusatzrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Bescheid/e vom: _____

Unterlagen befinden sich: _____

Witwen-/Witwerrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Bescheid/e vom: _____

Unterlagen befinden sich: _____

Private Rentenversicherung und Riesterrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Unterlagen befinden sich: _____

Beamtenversorgung:

Pensionsfestsetzende
Behörde: _____

Personalnummer/
Aktenzeichen: _____

Unterlagen befinden sich: _____



MITGLIEDSCHAFTEN, ABONNEMENTS

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

20

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

Rundfunk und Fernsehen:

Mitgliedsnummer bei der Gebühreneinzugszentrale



BESTEHENDE VERTRÄGE

Telefon- und Internet:

Anbieter: _____

Kundennummer: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Strom, Gas, Wasser:

Anbieter: _____

Kundennummer: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Mietvertrag:

Vertragspartner:
(Name u. Anschrift) _____

Telefonnummer: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Sonstige:

Vertragsart: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Vertragsart: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Vertragsart: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____



KRAFTFAHRZEUGE

Hersteller/Typ: _____

Kfz-Kennzeichen: _____ Standort _____

Kfz-Versicherung _____
Versicherungsgesellschaft _____ Versicherungs-Nr. _____

Hersteller/Typ: _____

Kfz-Kennzeichen: _____ Standort _____

Kfz-Versicherung _____
Versicherungsgesellschaft _____ Versicherungs-Nr. _____

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 wegen Überführung auswählen und überlegen, ob Aschenbeisetzung oder Erdbestattung
(siehe S. 25: Wünsche der/des Verstorbenen)
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
 - Ehe- oder Lebenspartnerschaftsurkunde der letzten Ehe oder Lebenspartnerschaft der/des Verstorbenen und gegebenenfalls ein Nachweis über die Auflösung
 - Nachweis über den letzten Wohnsitz ⇒ Nur notwendig, falls die/der Verstorbene nicht in der Gemeinde Stephansposching gemeldet war
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird mit der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes, sowie mit der Kirchenverwaltung der Tag der Beisetzung festgelegt.
 7. Evtl. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
 8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber der/des Verstorbenen und an private Lebens- und Sterbeversicherungen.
 9. Mitteilung an Bank über Todesfall.
 10. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und der Krankenkasse, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben.



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. Ggf. Haushaltsauflösung beantragen.
14. Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Fragen an die Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung wenden (Sprechtag im Neuen Rathaus in Deggendorf, Franz-Josef-Strauß-Straße 3, 94469 Deggendorf, Telefonische Terminvereinbarung 0800 6789100). Bei Vorsprache in der Beratungsstelle unbedingt telefonisch einen Termin vereinbaren und Ausweispapiere mitnehmen.
15. 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.
- Dort muss auch der Erschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.
- Mein Testament ist hinterlegt bei _____

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:



VORBEREITENDE MAßNAHMEN FÜR EINE KRANKENHAUSEINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben.
(Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)
- 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 einzunehmenden 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 und Patientenverfügung falls vorhanden

Ich habe eine: Betreuungsvollmacht

ja

nein

Patientenverfügung

ja

nein



VORSORGEVOLLMACHT BETREUUNGSVERFÜGUNG PATIENTENVERFÜGUNG

Viel zu wenige 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. Deshalb 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, und wie seine Wünsche und Vorstellungen Beachtung finden können.

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 Vormundschaftsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen (Auch bei Ehepartnern!). 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.

Mit Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung kann jeder schon in gesunden Tagen vorausschauend für die Wechselfälle des Lebens entscheiden:

⇒ VORSORGEVOLLMACHT

Die Vorsorgevollmacht ist von der Betreuungsverfügung zu unterscheiden. Die Betreuungsverfügung berechtigt nicht zur Vertretung bei Rechtsgeschäften. In ihr werden vielmehr Wünsche für den Fall festgelegt, dass **-weil keine Vorsorgevollmacht erteilt wurde -** ein Betreuer bestellt werden muss. Mit der Vorsorgevollmacht kann man einer Person die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten für den Fall übertragen, dass man die Fähigkeit selbst zu entscheiden einbüßt.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er unbeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt. Sie können eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens benennen. In der Vollmacht können Sie im Einzelnen regeln, für welche Aufgabenbereiche sie gelten und welche Befugnisse der/die Bevollmächtigte/n haben soll/en. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbe-
reich grundsätzlich ein Betreuer nicht bestellt werden (abgesehen von bestimmten Ausnahmefällen). Das Gericht wird nur eingeschaltet, wenn es zur Kontrolle des Bevollmächtigten erforderlich ist. Die Vorsorgevollmacht ermöglicht so ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit.

Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister -

Ihre Vorsorgevollmacht können Sie im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (**BNK**) registrieren lassen. Damit stellen Sie sicher, dass Ihre Vorsorgevollmacht im Zweifelsfall von einem Betreuungsgericht aufgefunden wird, das dann Ihren Vorsorgebevollmächtigten benachrichtigen kann. Antragsformulare für die Registrierung erhalten Sie bei der BNK –Zentrales Vorsorgeregister- oder im Internet www.vorsorgeregister.de/ZVR-Zentrales-Vorsorgeregister/Zentrales-Vorsorgeregister-ZVR.php

Dort können Sie eine Registrierung auch online vornehmen.



Sie können Ihre Vorsorgeurkunde auch per Post oder Telefax registrieren. Den Antrag auf Eintragung einer Vorsorgevollmacht und den Antrag auf Eintragung weiterer Bevollmächtigter zu einer Vorsorgevollmacht finden Sie im Internet unter

www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/Anlagen/Formular_P.pdf?__blob=publicationFile und

www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/Anlagen/Formular_PZ.pdf?__blob=publicationFile

Gerne können Sie sich die Formulare auch im Rathaus Stephansposching ausdrucken lassen. Unsere Mitarbeiter sind Ihnen hierbei gerne behilflich.

Voraussetzungen

Schon aus Gründen der Klarheit und Beweiskraft ist eine schriftliche Abfassung der Vorsorgevollmacht notwendig. Es ist sehr zweckmäßig, nach Möglichkeit die gewünschten Bevollmächtigten bereits bei der Abfassung der Vollmacht mit einzubeziehen. Bei der Abfassung einer Vollmacht können Sie selbstverständlich auch den Rat eines Rechtsanwalts oder eines Notars einholen.

27

Die notarielle Beurkundung einer Vollmacht ist nicht allgemein vorgeschrieben, aber stets notwendig, wenn sie den Bevollmächtigten zur Aufnahme von Darlehen berechtigen soll. Wenn der Bevollmächtigte berechtigt sein soll, Immobilien des Vollmachtgebers zu veräußern oder Immobilien für den Vollmachtgeber zu erwerben, ist eine Beglaubigung der Unterschrift unter der Vollmacht durch den Notar oder den Urkundsbeamten der Betreuungsbehörde erforderlich. Hierfür fallen Kosten an, sh. unten.

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

Kosten

Für die notarielle Beurkundung einer Vorsorgevollmacht fallen Beurkundungsgebühren an, die sich nach dem Wert des Vermögens des Vollmachtgebers richten und zwischen 20,00 und 500,00 Euro liegen. Meist bewegt sich die Beurkundungsgebühr im Bereich von 50,00 bis 160,00 Euro. Die Gebühren können höher sein, wenn in einer Urkunde mehrere Vollmachten oder zugleich eine Patientenverfügung oder Betreuungsverfügung enthalten sind.

Die BNK erhebt für die Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister aufwandsbezogene Gebühren. Die Höhe der Gebühr richtet sich nach der Art und Weise, wie die Meldung zum Register (Internet oder Post) und die Abrechnung erfolgen. Die Gebühr für eine Internet-Meldung durch eine Privatperson beträgt z.B. 13,00 Euro. Eine genaue Auflistung der Kosten finden Sie auf den Internetseiten des Zentralen Vorsorgeregisters

www.vorsorgeregister.de/ZVR-Zentrales-Vorsorgeregister/Kosten/index.php

ERKLÄRUNG

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Frau/Herrn _____

Anschrift _____

Bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich _____

Die Vorsorgevollmacht wurde im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert JA NEIN



VORSORGEVOLLMACHT

Ich,

(Vollmachtgeber/in)

(Name, Vornamen)

(Geburtsdatum)

(Geburtsort)

(Adresse)

(Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

(Name, Vornamen)

(Geburtsdatum)

(Geburtsort)

(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 geworden sein sollte.

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

1. GESUNDHEITSSORGE/PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

- 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.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB*)

JA NEIN

JA NEIN

*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn nicht zwischen dem Bevollmächtigten und dem handelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB)



- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

JA NEIN

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

JA NEIN

- _____
- _____
- _____

2. 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 Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

JA NEIN

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

JA NEIN

- _____
- _____

3. BEHÖRDEN

- Sie darf bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

JA NEIN

- _____

*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB)



4. 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, zurück nehmen, JA NEIN
namentlich
- ⇒ über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis Nr. 1**) JA NEIN
- ⇒ Zahlungen und Wertgegenstände annehmen JA NEIN
- ⇒ Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis Nr. 1**) JA NEIN
- ⇒ Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis Nr. 2**) JA NEIN
- ⇒ Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. JA NEIN
- ⇒ _____ JA NEIN
- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:
 - ⇒ _____
 - ⇒ _____

30

HINWEISE:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.
2. 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 Vollmachterteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.



5. POST- UND FERNMELDEVERKEHR

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

JA NEIN

6. VERTRETUNG VOR GERICHT

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

JA NEIN

7. UNTERVOLLMACHT

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

JA NEIN

8. 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

9. GELTUNG ÜBER DEN TOD HINAUS

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

JA NEIN

10. WEITERE REGELUNGEN

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers



BETREUUNGSVERFÜGUNG

Mit der Betreuungsverfügung kann jeder schon im Voraus festlegen, wen das Gericht als Betreuer bestellen soll, wenn es ohne rechtliche Betreuung nicht mehr weitergeht. Genauso kann bestimmt werden, wer auf keinen Fall als Betreuer in Frage kommt.

Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben für den Betreuer, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird.



BETREUUNGSVOLLMACHT

Ich,

(Vollmachtgeber/in)

(Name, Vornamen)

(Geburtsdatum)

(Geburtsort)

(Adresse)

(Telefon, Telefax, E-Mail)

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

Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:

(bevollmächtigte Person)

(Name, Vornamen)

(Geburtsdatum)

(Geburtsort)

(Adresse)

(Telefon, Telefax, E-Mail)

Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

(bevollmächtigte Person)

(Name, Vornamen)

(Geburtsdatum)

(Geburtsort)

(Adresse)

(Telefon, Telefax, E-Mail)



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

(Name, Vornamen)

(Geburtsdatum)

(Geburtsort)

(Adresse)

(Telefon, Telefax, E-Mail)

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

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Ort, Datum

Unterschrift



PATIENTENVERFÜGUNG

Wenn Sie überlegen, ob Sie eine Patientenverfügung erstellen wollen oder nicht, empfiehlt es sich zunächst darüber nachzudenken, was Ihnen im Zusammenhang mit Krankheit, Leiden und Tod wichtig ist, wovor Sie Angst haben und was Sie sich erhoffen. Manche Menschen haben Angst, dass vielleicht nicht mehr alles medizinisch Mögliche für sie getan werden könnte, wenn sie alt oder schwer krank sind. Andere befürchten, dass man sie in solchen Situationen unter Aufbieten aller technischen Möglichkeiten nicht sterben lässt.

Es ist nicht einfach, sich mit existenziellen Fragen auseinander zu setzen, die Krankheit, Leiden und auch das Sterben betreffen. Dennoch ist dies notwendig, weil man sich über die Konsequenzen der eigenen Entscheidungen klar werden muss. Festlegungen in einer Patientenverfügung bedeuten, dass man selbst die Verantwortung für die Folgen übernimmt, wenn eine Ärztin oder ein Arzt diesen Anordnungen entspricht. Dabei sollten Sie bedenken, dass in bestimmten Grenzsituationen des Lebens Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen und mögliche Folgeschäden im Einzelfall kaum möglich sind.

Wenn Sie Festlegungen für oder gegen bestimmte Behandlungen treffen wollen, sollten Sie sich bewusst sein, dass Sie durch einen Behandlungsverzicht unter Umständen auf ein Weiterleben verzichten. Umgekehrt sollten Sie sich darüber klar sein, dass Sie für eine Chance, weiterleben zu können, möglicherweise Abhängigkeit und Fremdbestimmung in Kauf nehmen.

Am Ende Ihrer persönlichen Willensbildung kann die Entscheidung stehen, eine Patientenverfügung zu erstellen oder der Entschluss, keine Vorsorge treffen zu wollen. Sie sollten sich deshalb für diese Überlegungen Zeit nehmen und sich nicht unter Druck setzen.

Natürlich ist niemand verpflichtet, eine Patientenverfügung abzufassen. Das Gesetz stellt deshalb ausdrücklich klar, dass die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung nicht zur Bedingung für einen Vertragsschluss (zum Beispiel den Abschluss eines Versicherungsvertrages oder eines Vertrages über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen) gemacht werden darf (§1901a Absatz 4 BGB).

Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt zu besprechen.

ERKLÄRUNG

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung.

Die Patientenverfügung befindet sich



NOTIZEN



PATIENTENVERFÜGUNG

(Aus: »Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter«, Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-59511-0)

Für den Fall, dass ich,

geboren am _____
(Name, Vornamen)

(Geburtsdatum) (Geburtsort)

(Adresse)

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. JA NEIN
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. JA NEIN
- 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. JA NEIN
- 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. JA NEIN
- _____ JA NEIN
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. JA NEIN



2. In allen unter Nr. 1 beschriebenen und mit „ja“ angekreuzten Situationen verlange ich:

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

JA NEIN

3. In allen unter Nr. 1 beschriebenen und mit „ja“ angekreuzten Situationen verlange ich:

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

JA NEIN

JA NEIN

4. In den von mir unter Nr. 1 beschriebenen und mit „ja“ 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 Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene)
- Keine Flüssigkeitsabgabe (außer bei palliativ medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)

JA NEIN

JA NEIN

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe

- 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

Bevollmächtigte(r)

(Name, Vornamen)

(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

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 wünsch 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 die 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)

(Telefon)

(Telefax)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Arzt/Ärztin))

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)

(Anschrift)

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

(Name)

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

*) 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.



NOTIZEN

41

Danke!

Wir bedanken uns ganz herzlich beim Landratsamt Schwandorf, das erstmals eine Notfallmappe in dieser Art erstellt hat. Diese Notfallmappe diente als Vorbild für diese Broschüre.

Danke!

IMPRESSUM

Herausgeber: Gemeinde Stephansposching, vertreten durch
Erste Bürgermeisterin Jutta Staudinger
Internet: www.stephansposching.de
Email: poststelle@stephansposching.de
Stephansposching 2014

Redaktion: Für den Text verantwortlich:
Simone Kraus, Gemeinde Stephansposching

Bilder: Kraus, Wittenzellner

Druck: Gemeinde Stephansposching, Deggendorfer
Straße 6, 94569 Stephansposching

Zum Mitführen bei Ihren Personalpapieren



Ich habe eine

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Mein Name: _____

Anschrift: _____

Meine Vertrauensperson ist:

Name: _____

Anschrift: _____



Ich habe eine

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Mein Name: _____

Anschrift: _____

Meine Vertrauensperson ist:

Name: _____

Anschrift: _____