



# Notfallmappe für

Name

# Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

immer mehr Menschen machen sich Gedanken, ob sie richtig vorgesorgt haben für eine Lebenssituation, von der wir alle hoffen, dass sie niemals eintritt.

Aber wir erleben täglich, wie schnell man auf fremde Hilfe angewiesen sein kann und wie leicht es passieren kann, dass man seinen eigenen Willen dauerhaft oder vorübergehend nicht mehr zum Ausdruck bringen kann. Dafür haben wir auf den folgenden Seiten wichtige Telefonnummern und viele Vordrucke vorbereitet. Dort können Sie auf freiwilliger Basis etwa Adressen Ihrer Ärzte, wichtige Medikamente und Versicherungsdaten eintragen. Sie finden aber auch Muster für die Patientenverfügung und die Betreuungsvollmacht. Damit können Sie deutlich und rechtsgültig für viele Situationen entscheiden.

Die Mappe ist nur dann hilfreich, wenn sie sorgfältig ausgefüllt und leicht erreichbar ist, z. B. in der Nähe des Telefons oder bei den nächsten Angehörigen. Trotzdem wird geraten die sensiblen Daten Unbefugten nicht zugänglich zu machen.

Gut vorgesorgt zu haben, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen. Wenn Sie von der Notfallmappe überzeugt sind, empfehlen Sie diese Seiten auch Ihren Verwandten, Freunden und Nachbarn. Ferner besteht die Möglichkeit, die Notfallmappe auf unserer Internetseite ([www.vghofheim.de](http://www.vghofheim.de)) oder über den nachfolgenden QR-Code kostenlos herunterzuladen.



Eines möchten wir Ihnen allen besonders ans Herz legen: Für eine Notfallmappe ist man nie zu jung!

Mit herzlichen Grüßen und bestem Dank für Ihr Interesse.

Die Bürgermeister der Verwaltungsgemeinschaft Hofheim i.UFr.

1. Bürgermeister Bergmann	1. Bürgermeisterin Fleischmann-Hilton
1. Bürgermeister Möhring	1. Bürgermeister Fischer
1. Bürgermeister Endres	1. Bürgermeister Pfeiffer

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:  
Verwaltungsgemeinschaft Hofheim i.UFr.**

**Tel.:** 09523/9229-56  
**Fax:** 09523/9229-99  
**E-Mail:** [a.ullrich@vghofheim.de](mailto:a.ullrich@vghofheim.de)

## **Notfallmappe für Senioren, chronisch Kranke und ähnliche Personengruppen als Lebenshilfe**

Die Notfallmappe klärt darüber auf, wie man sich absichern und seinen Angehörigen helfen kann. Die Mappe soll aber auch als Lebenshilfe dienen und darüber hinaus die Menschen darauf aufmerksam machen, wie wichtig es ist, sich schon heute darüber Gedanken zu machen, wie die Wünsche und Lebensvorstellungen aussehen sollen. Sie dient auch dazu vorzusorgen, für den Fall, dass man durch einen Unfall oder Krankheit für sich selbst keine Entscheidung mehr treffen kann, oder durch das zunehmende Alter die Abwicklung aller Geschäfte des täglichen Lebens immer schwieriger wird.

Bestandteile der Notfallmappe sind u. a. persönliche Daten, im Notfall zu benachrichtigenden Personen und ein Verzeichnis mit den wichtigsten Telefonnummern die Liste der Inhalte der Notfallmappe ist lang. Alle lebensnotwendigen Daten und Zahlen sind hier übersichtlich zusammengefasst. Zudem liegt ein Vordruck für eine Patienten- und Betreuungsverfügung bei, um sicherzustellen, dass der eigene Wille des betroffenen Menschen respektiert wird.

# Inhaltsverzeichnis

1. Angaben zur Person
2. Benachrichtigung im Notfall
3. Wichtige Rufnummern
4. Ärzte, Apotheken
5. Ambulante ärztliche Behandlungen
6. Klinische Behandlungen
7. Zahnärztliche Behandlungen
8. Medizinische Daten
9. Finanzen
10. Versicherungen
11. Einkünfte
12. Grund- und Immobilieneigentum
13. Verträge
14. Fahrzeuge
15. Letzter Wille
16. Checkliste „Krankenhauseinweisung“
17. Information „Vorsorgevollmacht“
18. Vorsorgevollmacht
19. Betreuungsverfügung
20. Patientenverfügung
21. Checkliste „Todesfall“
22. Vereinsmitgliedschaften, Abonnements

# 1. Angaben zur Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	
Konfession	Kirchengemeinde

Familienstand	Ehegatte: Name, Vorname
Evtl. früherer Name des Ehegatten	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	Handy des Ehegatten
Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils	

Raum für weitere Anmerkungen:
-------------------------------

## 2. Benachrichtigung im Notfall

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	

Im Notfall zu beachten:

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

Sonstiges:
------------

### 3. Wichtige Rufnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	110
Feuerwehr	112
Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern (in nicht lebensbedrohlichen Fällen)	116 117
Giftnotrufzentrale München	089 19240
Giftnotrufzentrale Nürnberg	0911 3982451
Verwaltungsgemeinschaft Hofheim i.UFr.	09523 92290
Sozialstation	09521 626500
Betreuungsstelle Landratsamt Haßberge	09521 270
Hotline zu allen Fragen der Pflege (Caritasverband)	09521 6910
EC-Kartensperrung	116 116
Stromversorgung E.ON Bayern – Störungsnummer	0180 2192071
Gasversorgung E.ON Bayern – Störungsnummer	0180 2192071
Wasserversorgung Hofheim i.UFr. – Störungsnummer	09523 6851

## 4. Ärzte, Apotheken

### Hausarzt

Name der Praxis	
Adresse	
Telefonnummer	Handy

### Weitere behandelnde Ärzte

Name der Praxis	
Fachrichtung	Behandlung wegen
Adresse	
Telefonnummer	Handy

Name der Praxis	
Fachrichtung	Behandlung wegen
Adresse	
Telefonnummer	Handy

### Apotheke

Name der Apotheke	
Adresse	
Telefonnummer	Handy







# 8. Medizinische Daten

**Blutgruppe**

--

**Medikamente**

Name des Medikaments	Einnahmegrund	Einnahmezeiten				Aufbewahrungsort
		früh	mittag	abend		
Blutgerinnungshemmende Substanzen (Macumar etc.):						

**Impfungen**

Impfpass vorhanden?	Impfpass befindet sich
Impfungen gegen:	

**Allergien**

Allergiepass vorhanden?	Allergiepass befindet sich
Allergien gegen:	

## Organspende

Organspendeausweis vorhanden?	Organspendeausweis befindet sich
-------------------------------	----------------------------------

## Diabetes

Insulineinnahme?	
Tabletteneinnahme?	
Ausweis vorhanden?	Ausweis befindet sich

## Anfallsleiden

Anfallsleiden vorhanden?
Nähere Beschreibung

## Schwerbehinderung

Schwerbehinderung vorhanden?
Grad der Behinderung

## Implantate

Implantate vorhanden?
Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne etc.)

## Transplantation

Transplantation durchgeführt worden?
Art der Transplantation und weitere Angaben

## Sonstiges

--

## 9. Finanzen

### Girokonten

Geldinstitut (Name und Anschrift)	
Kontonummer	Bankleitzahl
Zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut (Name und Anschrift)	
Kontonummer	Bankleitzahl
Zusätzlich verfügungsberechtigt	

### Sparkonten

Geldinstitut (Name und Anschrift)	
Kontonummer	Bankleitzahl
Zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut (Name und Anschrift)	
Kontonummer	Bankleitzahl
Zusätzlich verfügungsberechtigt	

### Weitere Konten

Geldinstitut (Name und Anschrift)	
Kontonummer	Bankleitzahl
Zusätzlich verfügungsberechtigt	

## Bausparverträge

Bausparkasse (Name und Anschrift)	
Bausparnummer	Unterlagen befinden sich

Bausparkasse (Name und Anschrift)	
Bausparnummer	Unterlagen befinden sich

## Wertpapiere, Aktien, sonstige Vermögensgegenstände

Angaben zu den Wertpapieren, Aktien, etc.	
Versicherungs-/ Depotnummer	
Zusätzlich Verfügungsberechtigt	

## Bankschließfach

Geldinstitut (Name und Anschrift)	
Schließfachnummer	Bankleitzahl
Zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut (Name und Anschrift)	
Schließfachnummer	Bankleitzahl
Zusätzlich verfügungsberechtigt	

## Kontovollmachten

Eine Kontovollmacht können Sie jeweils bei der entsprechenden Bank ausstellen. Die Mitarbeiter Ihrer Bank oder Sparkasse beraten Sie hier sicher gern. Sie können dort auch bestimmen, ob die Vollmacht über den Tod hinaus gelten soll.

Kontonummer	
Geldinstitut	
Vollmacht ausgestellt für (Name, Adresse, Telefonnummer)	
Gilt die Vollmacht über den Tod hinaus?	Die Vollmacht befindet sich

Kontonummer	
Geldinstitut	
Vollmacht ausgestellt für (Name, Adresse, Telefonnummer)	
Gilt die Vollmacht über den Tod hinaus?	Die Vollmacht befindet sich

## Verbindlichkeiten

Darlehensgeber	
Betrag	Fälligkeit
Tilgung	Die Unterlagen befinden sich

Darlehensgeber	
Betrag	Fälligkeit
Tilgung	Die Unterlagen befinden sich

## 10. Versicherungen

### Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Versicherungsnummer	Telefonnummer

### Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Versicherungsnummer	Telefonnummer

### Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	
Anschrift	
Versicherungsnummer	Telefonnummer

### Lebensversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Begünstigter	Versicherungsnummer

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Begünstigter	Versicherungsnummer

### **Unfallversicherung**

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Versicherungsnummer	Die Unterlagen befinden sich

### **Sterbegeldversicherung**

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Versicherungsnummer	Die Unterlagen befinden sich

### **Haftpflichtversicherung**

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Versicherungsnummer	Die Unterlagen befinden sich

### **Hausratversicherung**

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Versicherungsnummer	Die Unterlagen befinden sich

### **Rechtsschutzversicherung**

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Versicherungsnummer	Die Unterlagen befinden sich

## Gebäudeversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Versicherungsnummer	Die Unterlagen befinden sich

## Kraftfahrzeugversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	
Örtliche Versicherungsagentur, Ansprechpartner	
Versicherungsnummer	Die Unterlagen befinden sich

## Sonstige Versicherungen

Wichtige Angaben: Versicherungsart, Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer
--

## Folgende Versicherungen können gekündigt werden

Versicherungsart	Versicherungsnummer

# 11. Einkünfte

## Gesetzliche Alters-/ Erwerbsminderungsrente

Rentenversicherungsträger	
Versicherungsnummer	Ansprechpartner
Rentenbescheid vom	Unterlagen befinden sich

## Gesetzliche Hinterbliebenenrente

Rentenversicherungsträger	
Versicherungsnummer	Ansprechpartner
Rentenbescheid vom	Unterlagen befinden sich

## Betriebsrente/ Zusatzrente

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	Ansprechpartner

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	Ansprechpartner

## Beamtenversorgung

Versorgungsträger	
Art der Leistung (Altersleistung, Hinterbliebenenleistung)	
Versicherungsnummer	Ansprechpartner
Bescheid vom	Unterlagen befinden sich

### **Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer/ Beamter**

Arbeitgeber (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	Personalnummer
Sozialversicherungsnummer	Art der Beschäftigung (SV-pflichtig, geringfügig)

### **Erwerbstätigkeit als Selbstständiger**

Art der Selbstständigkeit	
Anschrift der Firma	
Zuständiges Finanzamt	Handelsregisternummer
Weitere Angaben	

### **Nebenberuf/ Nebenbeschäftigung**

Beschreibung der Tätigkeit
Weitere Angaben

### **Steuer-Identifikationsnummer**

Zuständiges Finanzamt

## 12. Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grundbesitzes bzw. Art der Immobilie	
Anschrift	
Flurnummer/ Gemarkung	Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum)
Eigentumsverhältnis (Alleineigentümer/ Miteigentümer)	Ggf. Miteigentümer
Weitere Angaben	Unterlagen befinden sich

Art des Grundbesitzes bzw. Art der Immobilie	
Anschrift	
Flurnummer/ Gemarkung	Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum)
Eigentumsverhältnis (Alleineigentümer/ Miteigentümer)	Ggf. Miteigentümer
Weitere Angaben	Unterlagen befinden sich

Art des Grundbesitzes bzw. Art der Immobilie	
Anschrift	
Flurnummer/ Gemarkung	Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum)
Eigentumsverhältnis (Alleineigentümer/ Miteigentümer)	Ggf. Miteigentümer
Weitere Angaben	Unterlagen befinden sich

## 13. Verträge

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	Unterlagen befinden sich

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	Unterlagen befinden sich

## 14. Fahrzeuge

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller	Typ
Amtliches Kennzeichen	Regelmäßiger Standort

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller	Typ
Amtliches Kennzeichen	Regelmäßiger Standort

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller	Typ
Amtliches Kennzeichen	Regelmäßiger Standort

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller	Typ
Amtliches Kennzeichen	Regelmäßiger Standort

Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller	Typ
Amtliches Kennzeichen	Regelmäßiger Standort

## 15. Letzter Wille

Ich habe meinen letzten Willen, mein Testament verfasst. Es ist hinterlegt bei:



## 16. Checkliste „Krankenhauseinweisung“

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung:

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben (Notarzt und Rettungsdienst 112, Polizei 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankbett freimachen (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhausanweisung
- Krankenversichertenkarte, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls: Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Haustiere, Post, Blumen etc.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

## 17. Information „Vorsorgevollmacht“

Jeder von uns kann durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, dass wichtige Angelegenheiten des Lebens nicht mehr selbstverantwortlich geregelt werden können.

Damit in solchen Fällen sichergestellt wird, dass eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens im Bedarfsfall nach Ihren Vorstellungen und Wünschen handeln, sollten Sie rechtzeitig vorsorgen.

### **Möglichkeiten hierzu bieten Ihnen: die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung und die Patientenverfügung.**

Leider wird diese Option von vielen verdrängt oder auf „später“ verschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und fortan auf Hilfe angewiesen zu sein.

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.

Wer dabei 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 selbst bestimmt.

Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, ist im Regelungsbereich die Bestellung eines gesetzlich verordneten Betreuers nicht notwendig.

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

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht:

Bevollmächtigter
Anschrift
Vorsorgevollmacht befindet sich

## 18. Vorsorgevollmacht

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in),  
(Name, Vorname)

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Geburtstag) (Geburtsort)

derzeit wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Anschrift)

mit der Telefonnummer \_\_\_\_\_  
(Telefon-/ Handynummer)

erteile hiermit Vollmacht an \_\_\_\_\_  
(bevollmächtigte Person)

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Geburtstag) (Geburtsort)

derzeit wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Anschrift)

mit der Telefonnummer \_\_\_\_\_.  
(Telefon-/ Handynummer)

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.

Hinweis: Die Vorsorgevollmacht kann ohne juristischen Beistand erstellt werden, die Hinzuziehung eines Anwalts oder Notars ist aber empfehlenswert.

## **Gesundheitsfürsorge/ Pflegebedürftigkeit**

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge 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 und in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn dies mit Lebensgefahr verbunden sein könnte 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).

Ja  Nein

Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.\*\*

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

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

Ja  Nein

---

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).

\*\*\* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

## **Aufenthalts- und Wohnangelegenheiten**

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

---

## **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, Rentenversicherungs- und Sozialleistungsträgern vertreten

Ja  Nein

## **Vertretung vor Gericht**

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen vornehmen.

Ja  Nein

## **Untervollmacht**

Die bevollmächtigte Person kann im Bedarfsfall nach eigenem Ermessen eine weitere Person heranziehen.

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

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

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.  Ja  Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

---

---

Hinweis: Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für ein Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht sinnvoll.  
Für die Vermögensvorsorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf eine von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto- und/oder Depotvollmacht zurückgreifen.

## Geltung über den Tod hinaus

Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.  Ja  Nein

## Regelung der Bestattung

Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.  Ja  Nein

## Betreuungsverfügung

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

## Weitere Regelungen

---

---

---

---

---

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

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

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

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

Empfehlung: Die Vollmacht sollte von einem Arzt unterschrieben werden, der vor allem bestätigt, dass die/der Vollmachtgeber geschäftsfähig ist. Dies kann helfen, spätere Zweifel auszuräumen. Idealerweise unterschreibt der Arzt nicht nur, es ist auch ein Stempel vorhanden, so dass nachvollzogen werden kann, wer überhaupt gegengezeichnet hat.

## Bestätigung des Arztes

Ich bestätige, dass die von Frau/ Herrn \_\_\_\_\_  
(Vollmachtgeber/ Vollmachtgeberin)

Verfügte Vorsorgevollmacht dem Willen der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Entspricht. Er/ Sie hat den Inhalt der Vollmacht verstanden und ist geschäftsfähig.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arztes mit Stempel)

## 19. Betreuungsverfügung

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

wohnhaf in \_\_\_\_\_  
(Adresse)

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

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

Name / Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name / Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll:

Name / Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Name / Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

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

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

Ja  Nein

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Hinweis: eine wichtige Ergänzung und Verstärkung Ihrer Patientenverfügung ist es, wenn Sie Ihre aktuelle Lebens- Und Krankheitssituation sowie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung und ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und aufschreiben.

## Meine Wertvorstellungen

Persönliche Erläuterung zu meiner Patientenverfügung

---

---

---

---

---

---

---

## 20. Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_  
(Name)

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum) (Geburtsort)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(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.

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, zum Beispiel durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschäden, 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 Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:**

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

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

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

Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

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

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

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

Ich wünsche eine Begleitung:

- durch \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)
- 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: Die Patientenverfügung kann ohne Beistand oder Beratung erstellt werden, es empfiehlt sich aber hier den Hausarzt beim Ausfüllen hinzuzuziehen.

## Hinweis auf erteilte Vollmachten:

Bevollmächtigt ist \_\_\_\_\_  
(Name des/ der Bevollmächtigten)

wohnhaft \_\_\_\_\_  
(Adresse des/ der Bevollmächtigten)

Weitere Kontaktinformationen:

\_\_\_\_\_  
(Mobiltelefonnummer, E-Mail o.ä.)

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 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)

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: \_\_\_\_\_

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

Name/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Beratenden)

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

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

Name/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Name/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## 21. Checkliste „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. Die nächsten Angehörigen benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut wegen Überführung auswählen.
4. Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung.
5. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt Ihrer Gemeinde oder Standesamt des Sterbeortes beantragen. Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
  - Personalausweis des/ der Verstorbenen
  - Todesbescheinigung
  - Geburtsurkunde des/ der Verstorbenen
  - Eheurkunde oder Familienstammbaum bei Verheirateten
  - Evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wiederverheiratet
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen.
9. Mitteilung an die Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen.
10. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen einschließlich Versorgungs- und Rententräger, bei welchen für die/den Verstorbenen Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen.
11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ...) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge.
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
13. Witwen/Witwerrente bei Ihrer Gemeinde- oder Stadtverwaltung beantragen.

## 23. Vereinsmitgliedschaften, Abonnements

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

Ich habe folgende sonstige Abonnements:

Ich bin in folgenden Parteien, Organisationen und Vereinen Mitglied:

Folgende Passwörter und Zugangsdaten habe ich eingerichtet:

**Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen der „Notfallmappe“ benötigen, dann können Sie sich an Ihre örtliche Sozial- oder Betreuungsstelle bzw. an den zuständigen Seniorenbeauftragten oder Behindertenbeauftragten wenden. Wer in Ihrer Kommune dieses Amt inne hat, können Sie bei Ihrer Gemeinde- bzw. Stadtverwaltung erfragen.**