

# NOTFALLMAPPE

von

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---



LANDKREIS  
PASSAU

## VORWORT



Liebe Seniorinnen und Senioren,  
liebe Bürgerinnen und Bürger,

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

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

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

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

Nutzen sie daher diese Möglichkeit der Vorsorge.

Herzlichst  
Ihr



Raimund Kneidinger  
Landrat

## EINLEITUNG

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

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

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

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

### **Hinweise:**

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

Die Notfallmappe wurde ausgefüllt am:

---

---

Unterschrift

aktualisiert am:

---

---

Unterschrift

# INHALT

## **Medizinischer Notfall:**

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

## **Versicherungen und sonstige wichtige Daten:**

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

## **Im Todesfall:**

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

## **Muster-Vollmachten/Verfügungen:**

Vorsorgevollmacht  
Patientenverfügung  
Betreuungsverfügung  
Verzeichnis erteilter Vollmachten und Verfügungen

# NOTFALL-/NOTARZTBLATT

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Telefon zu Hause: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich: \_\_\_\_\_

Konfession:  katholisch  evangelisch  sonst. \_\_\_\_\_

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

ich lebe alleine in der Wohnung

ich lebe zusammen mit \_\_\_\_\_  
Name, Telefon, Handy

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

---



---

Name, Tel., des **Hausarztes**: \_\_\_\_\_

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

### Medikamentenplan:

Präparat morgens, mittags, abends: \_\_\_\_\_

Präparat morgens, mittags, abends: \_\_\_\_\_

Hausnotruf:  ja  nein

Name und Telefon des Anbieters: \_\_\_\_\_

Bezugspersonen: \_\_\_\_\_  
Name, Telefon, Beziehungsverhältnis

## PERSÖNLICHE DATEN

---

Name, Vorname/n:

---

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

---

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort:

---

Personalausweis-/Passnummer:

---

Telefonnummer, Handynummer:

---

E-Mail-Adresse, Fax:

---

Konfession Kirchengemeinde:

---

Familienstand (bei verwitwet Sterbedatum des Ehegatten):

---

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

---

Wohnung des Ehegatten:

---

Telefonnummer des Ehegatten, Handy des Ehegatten:

---

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde, des Stammbuches:

---

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils, der Sterbeurkunde:

---

Weitere Anmerkungen:

---

## IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

---

Telefonnummer, Handy, E-Mail-Adresse

---

Verwandtschaft, Beziehung

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

---

Telefonnummer, Handy, E-Mail-Adresse

---

Verwandtschaft, Beziehung

## IM NOTFALL ZU BEACHTEN

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

---

Name, Vorname

---

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

---

Name, Vorname

---

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

### Hausnotruf:

---

Anbieter

---

Telefonnummer, Handynummer

### Sonstiges (z. B. Betreuung von Haustieren):

---



---

## WICHTIGE TELEFONNUMMERN

|  |   |
|--|---|
| Polizei  | 110   |
| Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt   | 112   |
| Ärztlicher Bereitschaftsdienst   | 116117                                      |
| Apothekennotdienst   | 0800/0022833                                |
| Giftnotruf   | 089/19240                                   |
| Telefonseelsorge   | 0800/ 1110111 oder 1110222                  |
| Stadt-/Gemeindevverwaltung   | <hr/>                                       |
| zuständiges Pfarramt   | <hr/>                                       |
| Ambulanter Pflegedienst  | <hr/>                                       |
| Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für<br>Stadt und Landkreis Passau | 0851/851948-0                               |
| Betreuungsstelle Landratsamt Passau  | 0851/397-203, 397-204, 397-634 oder 397-636 |
| EC-Kartensperrung  | 116116                                      |
| derzeitiger Stromversorger, Notdienst  | 0941/28003366                               |
| derzeitiger Gasversorger, Notdienst  | <hr/>                                       |

## WEITERE WICHTIGE TELEFONNUMMERN

---

Name, Telefonnummer

---

Name, Telefonnummer

---

Name, Telefonnummer

**HAUSARZT:**

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer, Handynummer

**WEITERE ÄRZTE, BEI DENEN ICH IN STÄNDIGER BEHANDLUNG BIN:**

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer, Handynummer

---

Fachrichtung in Behandlung wegen

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer, Handynummer

---

Fachrichtung in Behandlung wegen

**ZAHNARZT:**

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer, Handynummer

**THERAPIESTELLE (z. B. Psychotherapie):**

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer, Handynummer

**APOTHEKE:**

---

Name der Apotheke

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort



## WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden:  ja  nein

Nähere Beschreibung:

\_\_\_\_\_

Impfungen:  ja  nein

Impfbuch vorhanden:  ja  nein

Impfbuch befindet sich:

\_\_\_\_\_

Allergien:  ja  nein

Allergiepass vorhanden:  ja  nein

Allergien gegen:

\_\_\_\_\_

Allergiepass befindet sich:

\_\_\_\_\_

Diabetes:  ja  nein

Insulin:  ja  nein

Tabletten:  ja  nein

Ausweis vorhanden:  ja  nein

Ausweis befindet sich:

\_\_\_\_\_

Schwerbehinderung:  ja  nein

Grad der Behinderung:

\_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis gilt bis:

\_\_\_\_\_

Implantate:  ja  nein

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

\_\_\_\_\_

Transplantationen:  ja  nein

Zeitpunkt und Art der Transplantation

\_\_\_\_\_

Organspende Ausweis:  ja  nein

Ausweis befindet sich:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MEDIKAMENTENPLAN

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar usw.)

ja

nein

---

Name des Medikaments

Dosierung (morgens, mittags, abends)

---

Name des Medikaments

Dosierung (morgens, mittags, abends)

---

Name des Medikaments

Dosierung (morgens, mittags, abends)

---

Name des Medikaments

Dosierung (morgens, mittags, abends)

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -AMBULANT-

---

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

---

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

---

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

## ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -AMBULANT-

---

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

---

Datum von/bis Behandlungsgrund / Name des Arztes

## KLINISCHE BEHANDLUNGEN -STATIONÄR-

---

Datum von/bis Behandlungsgrund

---

Name und Ort der Klinik

## MAßNAHMEN BEI EINER KRANKENHAUSEINWEISUNG

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

### In das Krankenhaus sind mitzunehmen

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

## KRANKENVERSICHERUNGEN / BEIHILFESTELLE

**Krankenversicherung:**  gesetzlich versichert  privat versichert

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Nummer der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich: \_\_\_\_\_

### Private Krankenzusatzversicherung/Zusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

### Beihilfeversicherung/-stelle

Name der Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

## **PFLEGEVERSICHERUNG**

### **Gesetzliche Pflegeversicherung**

Name der Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

### **Private Pflegeversicherung / Zusatzversicherung:**

Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

## **SONSTIGE VERSICHERUNGEN**

### **Lebensversicherung:**

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

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

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

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

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

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

### **Unfallversicherung:**

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

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

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

### **Bestattungsvorsorge-/Sterbeversicherung:**

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

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

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

**Privathaftpflichtversicherung:**

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

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-  
schrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Hausratversicherung:**

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

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-  
schrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Brandversicherung:**

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

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-  
schrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Wohngebäudeversicherung:**

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

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-  
schrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Kfz-Versicherung:**

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

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-  
schrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Weitere Versicherungen:**

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

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-  
schrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Örtlich zuständiger Vertreter mit An-  
schrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

## ERWERBSTÄTIGKEIT

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

Name und Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

Personalnummer:

---

Sozialversicherungsnummer:

---

### als Selbständiger (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft):

Art der Selbständigkeit:

---

Anschrift der Firma:

---

zuständiges Finanzamt:

---

Handelsregister:

---

weitere Angaben:

---

### Nebentätigkeit:

Beschreibung der Tätigkeit:

---

weitere Angaben:

---

### Steuer:

Zuständiges Finanzamt:

---

Steuernummer:

---

Steuer-Identifikationsnummer:

---

## RENTE/VERSORGUNG

### Gesetzliche Versicherung:

Rentenversicherungsträger:

---

Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

Versicherungsnummer:

---

### Beamtenversorgung:

Pensionsfestsetzende Behörde:

---

Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

Personalkennziffer:

---

**Betriebsrente/Zusatzversorgung:**

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Berufsständische Versorgung:**

Versorgungskammer: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Witwen-/Witwerrente:**

Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Riesterrente/Rürup-Rente:**

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter:**

Behörde: \_\_\_\_\_

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

Sachbearbeiter/in, Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Sonstige Leistungen aus Verträgen:**

Leistung von: \_\_\_\_\_

Vertrag vom: \_\_\_\_\_

Art der Leistung: \_\_\_\_\_

## VERMÖGENSAUFSTELLUNG

### Grund- und Immobilieneigentum

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien / Grundbesitz

---

Art, Gemarkung, Flurnummer, Allein-/Miteigentümer

---

Art, Gemarkung, Flurnummer, Allein-/Miteigentümer

---

Art, Gemarkung, Flurnummer, Allein-/Miteigentümer

---

Art, Gemarkung, Flurnummer, Allein-/Miteigentümer

### Sonstiges:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Meine E-Mail-Adressen:

---

---

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

---

---



**GIROKONTEN**

Girokontonummer/IBAN: \_\_\_\_\_

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

außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus für: \_\_\_\_\_

Girokontonummer/IBAN: \_\_\_\_\_

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

außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus für: \_\_\_\_\_

**Sparkonten:**

Sparbuch/Kontonummer/IBAN: \_\_\_\_\_

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

außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus für: \_\_\_\_\_

Sparbuch/Kontonummer/IBAN: \_\_\_\_\_

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

außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus für: \_\_\_\_\_

**Weitere Konten:**

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

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

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

**Kreditkarten:**

von: \_\_\_\_\_ Kartennummer: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ Kartennummer: \_\_\_\_\_

**Bausparvertrag:**

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

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

\_\_\_\_\_

## VERBINDLICHKEITEN

---

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

---

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

---

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

### Weitere Angaben:

---

---

## BESTEHENDE VERTRÄGE

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

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Kundennummer:

---

Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Kundennummer:

---

Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Kundennummer:

---

Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

**BESTEHENDE ABONNEMENTS**

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

**Abonnement für:**

Vertragspartner:

Abo-Nummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

**Abonnement für:**

Vertragspartner:

Abo-Nummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

**Abonnement für:**

Vertragspartner:

Abo-Nummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

**MITGLIEDSCHAFTEN**

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

**Mitglied bei:**

Mitgliedsnummer:

Anschrift, Telefonnummer:

ehrenamtliche Funktion als:

**Mitglied bei:**

Mitgliedsnummer:

Anschrift, Telefonnummer:

ehrenamtliche Funktion als:

**Mitglied bei:**

Mitgliedsnummer:

Anschrift, Telefonnummer:

ehrenamtliche Funktion als:

## IM TODESFALL

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

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

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

## Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung

---



---



---



---

Meine letzte Ruhestätte habe ich ausgewählt/bereits erworben

\_\_\_\_\_  
 (Name und Ort des Friedhofes/ Grabstätte)

Ich habe eine Sterbeversicherung  ja  nein

## NACHLASSANGELEGENHEITEN

Mein Testament ist hinterlegt bei

\_\_\_\_\_  
 (Name, Anschrift, Telefonnummer)

## FOLGENDE VERWANDTE SOLLEN INFORMIERT WERDEN

\_\_\_\_\_  
 Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

\_\_\_\_\_  
 Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

\_\_\_\_\_  
 Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

\_\_\_\_\_  
 Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

**FOLGENDE BEKANNTE UND FREUNDE SOLLEN INFORMIERT WERDEN**

---

Name, Anschrift, Telefonnummer

---

Name, Anschrift, Telefonnummer

---

Name, Anschrift, Telefonnummer

---

Name, Anschrift, Telefonnummer

---

Name, Anschrift, Telefonnummer

---

Name, Anschrift, Telefonnummer

**MEIN LEBEN**

---

Name, Geburtsname, Vorname:

---

Anschrift:

---

geboren am, Geburtsort:

---

Geschwister:

---

Kindheit, Schul- und Jugendzeit:

---

---

---

Heirat am und Wo?

---

Name des Ehepartners, Geburtsname:

---

Falls Ehepartner verstorben: Wann?

---

Kinder:

---

Erlerner Beruf:

---

Welche Tätigkeit wurde bis zum Ruhestand ausgeübt?

---

Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand?

---

Heimatvertrieben (geflüchtet: wann und wo?):

---

Kriegsteilnahme: Wie lange und wo?

---

Liebblings- oder Freizeitbeschäftigung:

---

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

---

---

Durchgestandene schwere Krankheiten, Leiden, Schicksalsschläge?

---

---

Weitere ehrenamtliche Tätigkeiten:

---

---

Was sollte zusätzlich noch besonders erwähnt werden?

---

---

---

---

---

Wünsche zur Bestattung / Trauerfeier:

---

---

---

---

---

---

## **VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGSVERFÜGUNG UND PATIENTENVERFÜGUNG**

### **Eine ganz persönliche und individuelle Angelegenheit**

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

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

Hier kann jeder schon in „guten Tagen“ durch eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung und/oder durch eine Patientenverfügung für den Fall dieser „Hilfebedürftigkeit“ vorsorgliche Anordnungen treffen. Diese Vorsorge wird vielfach auch als „Alterstestament“ bezeichnet. Der Gesetzgeber hat einer solchen „Hilfebedürftigkeit“ durch die mögliche Bestellung eines Betreuers Sorge getragen. Gleichzeitig wird aber im Gesetz darauf hingewiesen, dass die Erteilung einer Vollmacht durch den Betroffenen immer Vorrang vor einer gerichtlich angeordneten Betreuung haben soll. Mit einer Vorsorgevollmacht regeln Sie selber, wer in welchem Umfang für Sie

tätig werden darf. Eine Beteiligung des Betreuungsgerichts ist dann nicht mehr notwendig.

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

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

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

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

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

### **Weitere Informationen**

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz ([www.bmjv.de](http://www.bmjv.de))

Bayerisches Staatsministerium der Justiz

([www.justiz.bayern.de/service/](http://www.justiz.bayern.de/service/))

Betreuungsstelle am Landratsamt Passau

Passauer Straße 39

94121 Salzweg

Tel. 0851/397-203, 397-204, 397-634 oder 397-636

Email: [betreuungsstelle@landkreis-passau.de](mailto:betreuungsstelle@landkreis-passau.de)





# VORSORGEVOLLMACHT

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

\_\_\_\_\_  
 (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

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

\_\_\_\_\_  
 (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

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

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

## Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit:

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.  ja  nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB).\*)  ja  nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. \*)  ja  nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden.  ja  nein

\*) Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einverständnis darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

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

### Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  ja  nein
  - Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.  ja  nein
  - Sie darf meinen Haushalt auflösen.  ja  nein
  - Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen.  ja  nein
  - Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.  ja  nein
  - Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.  ja  nein
  - ja  nein
- 

### Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich  ja  nein
  - - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.  ja  nein
    - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.  ja  nein
    - Verbindlichkeiten eingehen. \*\*  ja  nein
    - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.  ja  nein
    - Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis am Formularende.
    - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen).  ja  nein
    - Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können  ja  nein
- 
- 

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

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



## Post- und Telekommunikation

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

## Digitale Medien

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

## Behörden

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

## Vertretung vor Gericht

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

## Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.  ja  nein

## Geltung über den Tod hinaus

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

## Regelung der Bestattung

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

## Betreuungsverfügung

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

## Weitere Regelungen

---



---

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers)

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers)

## HINWEIS ZUR KONTO-/DEPOTVOLLMACHT

### Hinweis

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften.

Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

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

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

## ZENTRALES VORSORGEREGISTER

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

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

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

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

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



# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_  
 geboren am: \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

## 1. SITUATIONEN, FÜR DIE DIESE VERFÜGUNG GILT:

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

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

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

## 3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:

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

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

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

---

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Erläuterungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.
- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.  ja  nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.  ja  nein
- Sofern dieser Patientenverfügung Persönliche Ergänzungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende (Patientenverfügung und Organspende oder „Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.
- Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

---

Ort, Datum

Unterschrift









## PATIENTENVERFÜGUNG UND ORGANSPENDE

Ich, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Adresse)

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

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

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

### Ergänzung zur Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

#### 1. Personalien

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

#### 2. Krankheitsgeschichte und Diagnose<sup>1</sup>

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

### 3. Was mir jetzt wichtig ist <sup>2</sup>

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<sup>1</sup> Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

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

Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

#### Darüber hinaus ist mir noch besonders wichtig <sup>3</sup>

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

\_\_\_\_\_  
Name, Adresse

eingeliefert werden.

\_\_\_\_\_  
Telefon

- Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

\_\_\_\_\_  
in Person von

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse, Telefon

- Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst

\_\_\_\_\_  
Adresse, Telefon



#### 4. Momentane Medikation

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

Zuletzt geändert am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes/Palliativfachkraft

3 Zutreffendes habe ich angekreuzt.

#### 5. Notfallplan <sup>4</sup>

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

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin

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

## Aktuelle Medikation

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

Zuletzt geändert am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes/Palliativfachkraft

## HINWEIS ZUR BETREUUNGSVERFÜGUNG

### Hinweis

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

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

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

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



## BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

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

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Straße / Wohnort / Telefon / Telefax / E-Mail

### oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

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

\_\_\_\_\_  
Straße / Wohnort / Telefon / Telefax / E-Mail

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

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

\_\_\_\_\_  
Straße / Wohnort / Telefon / Telefax / E-Mail

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

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

2.

3.

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

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

## VERZEICHNIS DER ERTEILTEN VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
 [Name, Vorname, Geburtsdatum]

habe nachfolgend aufgeführten Vollmachten und Verfügungen erteilt:

### MEINE VERTRAUENSPERSON

\_\_\_\_\_ (bevollmächtigte Person)  
 [Name, Vorname, Geburtsdatum]

\_\_\_\_\_  
 [Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail]

### IST MIT FOLGENDEN VOLLMACHTEN/VERFÜGUNGEN AUSGESTATTET:

Vorsorgevollmacht  ja  nein

\_\_\_\_\_  
 [Ausstellungsdatum]

Patientenverfügung  ja  nein

\_\_\_\_\_  
 [Ausstellungsdatum]

Betreuungsverfügung  ja  nein

\_\_\_\_\_  
 [Ausstellungsdatum]

Kontovollmacht  ja  nein

\_\_\_\_\_  
 [Bank, Sparkasse, Konto]

\_\_\_\_\_  
 [Ausstellungsdatum]

\_\_\_\_\_  
 [Bank, Sparkasse, Konto]

\_\_\_\_\_  
 [Ausstellungsdatum]

\_\_\_\_\_  
 [Bank, Sparkasse, Konto]

\_\_\_\_\_  
 [Ausstellungsdatum]



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

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

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Anschrift

\_\_\_\_\_  
 Anschrift

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

\_\_\_\_\_  
 Telefon

\*) Nichtzutreffendes ist zu streichen


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

Datum, Unterschrift / date, signature \_\_\_\_\_


Polizei / police 110

Notruf/Feuerwehr / emergency call/fire department 112


Ärztlicher Notdienst / emergency service 116117



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



## Notfall-Ausweis Emergency-Card



**LANDRATSAMT  
PASSAU**

Tetanus-Schutzimpfungen / tetanus vaccination  
Datum / date \_\_\_\_\_ Präparat + Ch.-B. / preparation \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme/  
long term medication  
Präparat / Dosis / Seit (Datum) /  
preparation dosage since (date)

Besonderheiten / particularities:  
 Herzschrittmacher / pacemaker  
 Gelenkersatz / joint replacement  
 Implantate / implants  
 Demenz / dementia  
 Blutgruppe und Rh-Faktor / blood type and Rh-factor: \_\_\_\_\_

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

Medikamentenunverträglichkeit / drug intolerance  
 ja / yes     nein / no

Bemerkungen / remarks: \_\_\_\_\_

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

**Landkreis Passau**  
**NOTFALL-AUSWEIS**  
**EMERGENCY-CARD**

Vorname / given name \_\_\_\_\_

Name / family name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / date of birth \_\_\_\_\_

Adresse / address \_\_\_\_\_

Im Notfall zu verständigen / emergency contact

Name / name \_\_\_\_\_ Telefon / phone \_\_\_\_\_

Name / name \_\_\_\_\_ Telefon / phone \_\_\_\_\_

Hausarzt / attending physician \_\_\_\_\_ Telefon / phone \_\_\_\_\_

Krankenkasse / health insurance \_\_\_\_\_

Bevorzugtes Krankenhaus / preferred hospital \_\_\_\_\_

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

Bei Vorsorgeregister.de registriert / registered at vorsorgeregister.de

Organspendeausweis / organ donor card  
 Für den Fall meines Todes erkläre ich / explain in the case of my death:  
 Ja, ich stimme der Entnahme von Organen, Geweben und Zellen für Transplantationszwecken zu, mit Ausnahme folgender Organe/Zwecke /  
 yes, I agree with the removal of organs, tissues and cells for transplantation purposes, except for the following organs/purposes:  
 Nein, ich stimme einer Entnahme von Organen, Geweben und Zellen nicht zu /  
 No, I do not agree with the removal of organs, tissues and cells  
 folgende Person soll nach meinem Tod über eine Entnahme entscheiden /  
 if not answered, the following person should decide: \_\_\_\_\_

Erkrankungen/Vorstrkrankungen / diseases/pre-existing conditions  
 Allergien/allergy  ja / yes     nein / no  
 gegen/fo \_\_\_\_\_  
 gegen/fo \_\_\_\_\_

Antikoagulation (Blutverd.) / anticoagulation  ja / yes     nein / no  
 Asthma/chron. Bronchitis  ja / yes     nein / no  
 Bluthochdruck / high blood pressure  ja / yes     nein / no  
 Bypass-Operation / bypass surgery  ja / yes     nein / no  
 Diabetes mellitus / diabetes  ja / yes     nein / no  
 Epilepsie / epilepsy  ja / yes     nein / no  
 Hämophilie (Bluterct.) / hemophilia  ja / yes     nein / no  
 Herzinfarkt / heart attack  ja / yes     nein / no  
 Glaukom / glaucoma  ja / yes     nein / no  
 Krebs / cancer  ja / yes     nein / no  
 Nierenerkrankungen / kidney disease  ja / yes     nein / no  
 ja / yes     nein / no

Datum, Unterschrift / date, signature \_\_\_\_\_

## **IMPRESSUM:**

### **Herausgeber:**

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

### **Redaktion:**

Sachgebiet Ehrenamt und Chancengleichheit  
Fachstelle Senioren  
Tel. 0851/397-318, Fax 0851/39790318  
E-Mail: fachstelle.senioren@landkreis-passau.de

### **Bildnachweis:**

© Robert Kneschke – Fotolia.com

### **Druck:**

PASSAVIA Druckservice GmbH & Co. KG, Passau

### **Verteilung:**

Kostenlos bei Ehrenamt und Chancengleichheit, Fachstelle Senioren,  
Landratsamt Passau  
Domplatz 11, 94032 Passau

Ebenso können Sie die Notfallmappe auch unter [www.landkreis-passau.de](http://www.landkreis-passau.de),  
unter der Rubrik „Senioren, Gesundheit & Soziales“, als PDF-Datei herunterladen.

### **Bearbeitungsstand:**

Februar 2023