LANDKREIS
REGEN
ARBERLAND

NOTFALLMAPPE

- BENACHRICHTIGUNG IM NOTFALL
- WICHTIGE RUFNUMMERN
- MEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN
- VOLLMACHTEN
- BETREUUNGSVERFÜGUNG
- HILFESTELLUNG TODESFALL

www.landkreis-regen.de

Vorwort

Die Notfallmappe im Landkreis Regen ist ein Erfolgsprojekt. Alle Bürgerinnen und Bürger im Landkreis Regen (und weit darüber hinaus) haben damit die Möglichkeit, sich fundiert zu informieren und eine gut begründete Entscheidung treffen zu können.

Vorsorge ist Ausdruck von Individualität und Selbstbestimmung.

Wer entscheidet für mich, wenn ich es selbst nicht mehr kann? Wer kümmert sich um Aufenthalt und Pflege, um finanzielle Angelegenheiten und persönliche Bedürfnisse? Wer hat das Recht, in meinem Namen in medizinische Behandlungen einzuwilligen?

Mit den Unterlagen in dieser Notfallmappe können Sie individuelle Wünsche und Entscheidungen treffen und dabei Ihre persönlichen Wertvorstellungen einbringen. Gleichzeitig geben Sie Medizinern und Pflegepersonal, aber auch dem Betreuungsgericht und insbesondere Ihren Angehörigen ein wichtiges Dokument an die Hand, in dem Sie ihren eigenen Willen bekunden. Ihre Entscheidungen sind rechtsverbindlich und von allen Beteiligten zu beachten.

Bitte nutzen Sie die Gelegenheit, nehmen Sie sich genügend Zeit und füllen Sie die Notfallmappe in aller Ruhe und mit der nötigen Sorgfalt aus. Bei medizinischen Fragen wird Sie sicherlich gern ihr Hausarzt unterstützen. Auch die Seniorenbeauftragten der Kommunen sind Ihnen gern ein Ratgeber. Und wenn erforderlich, nehmen Sie auch die Dienste eines Notars oder Anwalts in Anspruch. Informieren Sie Ihre Angehörigen, Ihren Hausarzt, Ihren Pflegedienst oder andere Helfer über die Mappe und den Aufbewahrungsort.

Bedanken möchten wir uns bei allen Sponsoren, die den Druck der Notfallmappe mit ermöglichen.

Wir hoffen, dass Ihnen die Mappe im Notfall hilft, aber nur selten zum Einsatz kommen muss. Vielmehr wünschen wir Ihnen, dass Sie lange gesund bleiben.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Ronny Raith
Landrat

Christine Kreuzer
Kreisseniorenbeauftragte

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Angaben zur Person	4
2.	Benachrichtigung im Notfall	5
3.	Wichtige Rufnummern	6
4.	Hausarzt, Apotheke, Kranken- und Zusatzversicherung	7
5.	Ambulante ärztliche Behandlungen	8
6.	Klinische Behandlungen	9
7.	Zahnärztliche Behandlungen	9
8.	Medikamente, Impfungen, Allergien, Organspende	10
9.	Bankdaten	12
10.	Kontovollmacht	14
11.	Versicherungen	15
12.	Renten	18
13.	Letzter Wille	19
14.	Checkliste „Krankenhauseinweisung“	20
15.	Information „Vorsorgevollmacht“	21
16.	Vorsorgevollmacht	22
17.	Betreuungsverfügung	27
18.	Patientenverfügung	29
19.	Hilfestellung „Todesfall“	38
20.	Vereinsmitgliedschaften, Abos, Verträge	39

Angaben zur Person

……..... ……
Vorname(n) Nachname

……..... ……
Geburtsdatum Geburtsort

……..... ……
Geburtsname (wenn vom Nachnamen abweichend) Blutgruppe

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Telefonnummer Telefax

……..... ……
Mobilfunknummer (Handy) E-Mail

……..... ……
Religionszugehörigkeit weitere Angaben (z. B. Kirchengemeinde)

……..... ……
Familienstand Ehegatte: Vor- und Nachname

……
Anschrift des Ehegatten

……..... ……
Telefonnummer des Ehegatten Mobilfunknummer (Handy) des Ehegatten

……
Verwahrung der Urkunde/des Stammbaumes/der Sterbeurkunde/des Scheidungsurteils

Weitere Anmerkungen:
……

……

……

……

Folgende Person(en) soll(en) im Notfall benachrichtigt werden:

……..... ……
Vorname(n) Nachname

……..... ……
Geburtsname (wenn vom Nachnamen abweichend) Blutgruppe

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Telefonnummer E-Mail

……..... ……
Vorname(n) Nachname

……..... ……
Geburtsname (wenn vom Nachnamen abweichend) Blutgruppe

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Telefonnummer E-Mail

……..... ……
Vorname(n) Nachname

……..... ……
Geburtsname (wenn vom Nachnamen abweichend) Blutgruppe

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Telefonnummer E-Mail

Wichtige Rufnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	**110**
Feuerwehr	**112**
Rettungsdienst/Notarzt	**112**
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	**116 117**
Giftnotrufzentrale Bayern	**089/19240**
Arberlandklinik Zwiesel	**09922/99-0**
Arberlandklinik Viechtach	**09942/20-0**
Ambulanter Pflegedienst	
Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung	
Sozialstation	
Betreuungsstelle Landratsamt Regen	**09921/601-134**
Hotline zu allen Fragen der Pflege	
EC-Kartensperrung	**116116**
kath. Pfarramt	
evang. Pfarramt	
andere Glaubenseinrichtung wie Rabbiner oder Iman	
Wasserversorger - Störungsnummer	
Stromversorger - Störungsnummer	
Verbraucherzentrale Bayern e.V. München	**089/53987-0**

Hausarzt

……..... ……
Vorname(n) Nachname

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Telefonnummer Mobilfunknummer (Handy)

Apotheke

…….....……
Name der Apotheke

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Telefonnummer Mobilfunknummer (Handy)

Krankenversicherung

…….....……
Name der Krankenversicherung

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Telefonnummer Versicherungsnummer

Zusatzversicherung

……..... ……
Name der Versicherung Versicherungsnummer

Ambulante ärztliche Behandlungen

Klinische (stationäre) Behandlungen

Zahnärztliche Behandlungen

Medikamente

Name des Medikaments	Einnahmegrund	Einnahmezeiten				Aufbewahrungsort

Blutgerinnungshemmende Substanzen (zum Beispiel Marcumar):

Impfungen

Impfbuch vorhanden

O Ja O Nein

Allergien

Sonstiges

wie zum Beispiel Herzschrittmacher, künstliche Gelenke:

Organspenden

Organspendeausweis vorhanden: O Ja O Nein

Organspendeausweis befindet sich _____

Bankdaten/Konten

Girokonten:

Girokonto-Nr./IBAN: _____

bei der Bank/Sparkasse: _____

Verfügungsberechtigte: _____

Girokonto-Nr./IBAN: _____

bei der Bank/Sparkasse: _____

Verfügungsberechtigte: _____

Sparkonten:

Sparbuch/Sparkonto-Nr.: _____

bei der Bank/Sparkasse: _____

Verfügungsberechtigte: _____

Das Sparbuch befindet sich _____

Sparbuch/Sparkonto-Nr.: _____

bei der Bank/Sparkasse: _____

Verfügungsberechtigte: _____

Das Sparbuch befindet sich _____

Sparbuch/Sparkonto-Nr.: _____

bei der Bank/Sparkasse: _____

Verfügungsberechtigte: _____

Das Sparbuch befindet sich _____

weitere Konten:

Bei Bank _____ Konto-Nr._____ Kontoart:_____

Bei Bank _____ Konto-Nr._____ Kontoart:_____

Bei Bank _____ Konto-Nr._____ Kontoart:_____

Bausparverträge:

Nr.: _____

bei: _____

Die Unterlagen befinden sich _____

Nr.: _____

bei: _____

Die Unterlagen befinden sich _____

Wertpapiere, Aktien, sonstige Vermögensgegenstände:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bankschließfach:

Geldinstitut: _____

Schließfachnummer: _____

Verfügungsberechtigte: _____

Der Schlüssel befindet sich _____

Geldinstitut: _____

Schließfachnummer: _____

Verfügungsberechtigte: _____

Der Schlüssel befindet sich _____

Kontovollmacht

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.

Folgende Vollmachten habe ich ausgestellt:

……..... ……
Kontonummer bei Bank/Sparkasse

……..... ……
Vorname(n) Nachname

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Geburtsdatum, Geburtsort Telefonnummer

Die Vollmacht befindet sich _____

……..... ……
Kontonummer bei Bank/Sparkasse

……..... ……
Vorname(n) Nachname

……..... ……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……..... ……
Geburtsdatum, Geburtsort Telefonnummer

Die Vollmacht befindet sich _____

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich _____

Versicherungen

(Angaben bitte stets aktualisieren)

Lebensversicherung(en):

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Sterbegeldversicherung:

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Unfallversicherung:

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Privathaftpflichtversicherung:

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Hausratversicherung:

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Kfz-Versicherung:

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Gebäudeversicherung:

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Feuerversicherung:

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

weitere Versicherungen (z. B. Rechtsschutz, Zusatzpflege):

Art der Versicherung: _____

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Art der Versicherung: _____

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Art der Versicherung: _____

Versicherungsunternehmen: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Renten

Altersrente:

Versicherungsträger: _____

_____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Betriebsrente/Zusatzrente:

Versicherungsträger: _____

_____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Witwen-/Witwerrente:

Versicherungsträger: _____

_____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Berufsunfähigkeitsrente:

Versicherungsträger: _____

_____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Erwerbsunfähigkeitsrente:

Versicherungsträger: _____

_____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Pension:

Versorgungsträger: _____

_____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Private Rente und Riesterrente:

Versicherungsträger: _____

örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

Versicherungsnummer: _____

Letzter Wille

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

_____

_____

_____

_____

_____

Checkliste

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung:

- ☐ Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben (Notarzt und Rettungsdienst 112)
- ☐ Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- ☐ Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett 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
- ☐ Vorsorgevollmacht
- ☐ Betreuungsverfügung
- ☐ Patientenverfügung

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 Reglungsbereich die Bestellung eines gesetzlich verordneten Betreuers nicht notwendig.

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

Wenn Sie nähere Informationen zur „Vorsorgevollmacht“ benötigen, wenden Sie sich bitte an die Betreuungsbehörde des Landkreises Regen unter der Telefonnummer 09921/601-134.

Es besteht auch die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt Regen amtlich beglaubigen zu lassen. Eine gesetzliche Verpflichtung besteht aber nicht.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau _____

Anschrift _____

_____

_____

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich _____

Vorsorgevollmacht

Ich, _____(Vollmachtgeber/in),
(Name, Vorname)

geboren am _____ in _____,

derzeit wohnhaft: _____

_____

_____
(Anschrift, Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

_____(bevollmächtigte Person),
(Name, Vorname)

geboren am _____ in _____,

derzeit wohnhaft: _____

_____

_____
(Anschrift, 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.

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.	**O Ja**	**O Nein**
Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes und eine Heilbehandlung oder einem ärztlichen Eingriff 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 (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).	**O Ja**	**O 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. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und ärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.	**O Ja**	**O Nein**
Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie		
• über meine freiheitsentziehende Unterbringung (i. S. § 1831 Absatz 1 BGB)	**O Ja**	**O Nein**
• über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (i. S. § 1831 Absatz 4 BGB)	**O Ja**	**O Nein**
• über ärztliche Zwangsmaßnahmen i. S. des § 1832 Abs. 1 BGB	**O Ja**	**O Nein**
• über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Abs. 4 BGB)	**O Ja**	**O Nein**

entscheiden.

Aufenthalt und Wohnangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.	O Ja	O Nein
Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	O Ja	O Nein
Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	O Ja	O Nein
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.	O Ja	O Nein

Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	O Ja	O Nein

Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.	O Ja	O Nein

Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	O Ja	O Nein

Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	O Ja	O 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	**O Ja**	**O Nein**
namentlich		
über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)	**O Ja**	**O Nein**
Zahlungen und Wertgegenstände annehmen	**O Ja**	**O Nein**
Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)	**O Ja**	**O 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 2)	**O Ja**	**O Nein**
Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen).	**O Ja**	**O Nein**

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

_____

_____

_____

Hinweis 1: Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.

Hinweis 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 Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Geltung über den Tod hinaus

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

Regelung der Bestattung

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

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. **O Ja** **O 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 _____ verfügte Vorsorgevollmacht dem Willen der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers entspricht. Sie/Er hat den Inhalt der Vollmacht verstanden und ist geschäftsfähig.

…… ……...
(Ort, Datum) (Unterschrift des Arztes mit Stempel)

Betreuungsverfügung

Ich, ……
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

……...
(Adresse, Telefon, Telefax)

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:

Zu meinem Betreuer soll bestellt werden:

Name / Geburtsdatum: ……

Straße / Wohnort: ……

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

Name / Geburtsdatum: ……

Straße / Wohnort: ……

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

Name / Geburtsdatum: ……

Straße / Wohnort: ……

Name / Geburtsdatum: ……

Straße / Wohnort: ……

Name / Geburtsdatum: ……

Straße / Wohnort: ……

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche[2]:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten. **O Ja** **O Nein**

2. ……

   ……

3. ……

   ……

…… ……
(Ort, Datum) (Unterschrift)

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 -

[2] Gesamter Inhalt aus Broschüre: VORSORGE für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung – Bayerisches Staatsministerium der Justiz

Patientenverfügung

Ich

_____

(Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in)

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ...

1 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder 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 unwahrscheinlich ist.
- ich infolge eines 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.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

_____

_____

Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

2 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

- o dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

2.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- o aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen. *oder*
- o wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- o die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

2.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- o dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- o dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.

oder

- o dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

2.4 Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- o Versuche der Wiederbelebung.

oder

- o die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- o dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- o lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab. *oder*
- o lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

2.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- o eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- o dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

2.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- o eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- o dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

2.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- o Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- o Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

- o keine Antibiotika.

2.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- o die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- o die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

- o keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

3 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- o zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

- o wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

- o wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- o Beistand durch folgende Personen:

  _____

  _____

- o Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

  _____

  _____

- o hospizlichen Beistand.

  _____

- o

  _____

4 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

o Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

_____

_____

5 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

○ Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

○ Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

○ In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Alternativen

○ meiner/meinem Bevollmächtigten.
○ meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
○ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
○ anderer Person: _____

○ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Alternativen

○ meiner/meinem Bevollmächtigten.
○ meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
○ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
○ anderen Person_____

6 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

○ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name:

_____

Anschrift:

_____

- o Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

  Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

  Name:

  _____

  Anschrift:

  _____

  Telefon/Telefax/E-Mail:

  _____

7 *Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung*

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- o Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- o Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

8 *Organspende*

- o Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

Alternativen

- o geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- o gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

- o Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

9. Schlussformel

- o Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

10 Schlussbemerkungen

- o Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- o Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- o Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- o Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

11 Information/Beratung

- o Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert
  bei / durch:

  _____

  und beraten lassen durch

  _____

12 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau

_____

wurde von mir _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

_____

(Datum, Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes)

13 Aktualisierung

- o Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

- o Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
- o Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

Alternativen

in vollem Umfang

_____

mit folgenden Änderungen:

_____

_____

(Datum, Unterschrift)

EINSTEIGEN UND MITFAHREN

Egal ob Waldbahn, Bus oder Rufbus - mit dem ÖPNV im Landkreis Regen erreichen Sie Ihre Ziele.

Tickets:

- Deutschlandticket
  (Nahverkehr bundesweit nutzbar)
- Bayerwald-Tagesticket
  (in den Landkreisen REG, CHA + FRG gültig)
- Bayerwald-Tagesticket + CZ
  (LK REG, CHA + FRG und in Bereichen Pilsen und Südböhmen gültig)
- Bayernticket
- Einzelfahrkarten

Fahrpläne:

- PDF-Fahrpläne unter www.guti.de
- Reiseverbindung über DB-Navigator, Bayernfahrplan, VDW-App
- Fahrplan- und Ausflugsflyer sowie Rufbus-Heft kostenlos u. a. in den Touristinfos der Gemeinden und bei den Verkehrsunternehmen erhältlich

Angebot:

- stündliche Anbindung mit der Waldbahn vom Bahnhof Zwiesel nach Plattling, Bayerisch Eisenstein, Grafenau und Bodenmais sowie von Viechtach nach Gotteszell
- Linienbusse
- Rufbusse mit vorheriger Buchung
- Wanderbusse im Sommer sowie Skibusse im Winter

Mobilitätsbonus:

- ÖPNV-Zuschuss für Landkreisbürger
- Senioren ab 65 Jahren und Menschen mit Schwerbehinderung
- 50 % Rückerstattung der Fahrtkosten (max. 60 € im Monat)
- Gültig für Bus- und Zugfahrscheine sowie Taxiquittungen
- Fahrten im Landkreis werden bezuschusst

LANDKREIS REGEN ARBERLAND

Mehr Informationen zum ÖPNV im Landkreis Regen finden Sie unter "www.landkreis-regen.de/mobilitaet" oder beim scannen des QR-Codes.

Hilfestellung „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 erreichbar ist, die Nummer des KVB 116 117 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:

- Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
- Todesbescheinigung
- Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
- Eheurkunde oder Familienstammbaum bei Verheirateten
- Evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet

6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt

7. Mitteilung an alle Sozialleistungsträger, bei denen der Verstorbene zu Lebzeiten Sozialleistungen bezogen hat (z.B. Jobcenter bei Bezug von SGB II-Leistungen, Landratsamt bei Bezug von SGB XII oder Wohngeld-Leistungen, Bezirk bei Bezug von Grundsicherungsleistungen bei stationären Einrichtungen, wie z.B. Alten- und Pflegheimen, Bayer. Landesamt für Pflege mit Sitz in Amberg bei Bezug von Landespflegegeld)

8. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben

9. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen

10. Mitteilung an die Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen

11. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen einschließlich Versorgungs- und Rententräger, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen

12. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ…) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge

13. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand

14. Witwen-/Witwerrente bei Ihrer Gemeinde- oder Stadtverwaltung beantragen

Vereinsmitgliedschaften, Abos, Verträge

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

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.

LANDKREIS REGEN ARBERLAND

SOZIALVERBAND VdK BAYERN

unabhängig. solidarisch. stark.

NOTFALLMAPPE ONLINE UNTER:

IMPRESSUM
Januar 2025 - V.i.S.P.: Johann Brunner
auf Initiative der Kreisseniorenbeauftragten Christine Kreuzer
Redaktion: Christine Kreuzer
Gestaltung: Johann Brunner - Titelseite: Atelier Bauernfeind
Landkreis Regen, Poschetsrieder Str. 16, 94209 Regen, Tel. 09921/6010
E-Mail: digital@lra.landkreis-regen.de