



LANDKREIS
REGEN
ARBERLAND

NOTFALLMAPPE

- ▲ BENACHRICHTIGUNG IM NOTFALL
- ▲ WICHTIGE RUFNUMMERN
- ▲ MEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN
- ▲ VOLLMACHTEN
- ▲ BETREUUNGSVERFÜGUNG
- ▲ CHECKLISTE TODESFALL



www.landkreis-regen.de

Vorwort

Der Erfolg der Notfallmappe im Landkreis Regen hat alle überrascht. Ursprünglich sollte sie – nach Initiative des Arbeitskreises der Seniorenbeauftragten im Landkreis Regen – nur an die Senioren im Landkreis ausgegeben werden. Nachdem sich immer mehr jüngere Menschen im Landratsamt meldeten und nachfragten, ob auch sie diese Mappe haben können, haben wir uns entschieden, die Notfallmappe an alle Bürger kostenlos abzugeben.

So wurden bereits tausende Mappen an Landkreisbürger ausgegeben. Wir wünschen uns, dass dieses Heft nicht nur abgeholt und durchgeblättert, sondern auch sorgfältig ausgefüllt wird. Denn im Notfall erleichtern Sie so den Helfern und den Angehörigen die Entscheidungen.

Mit dieser Notfallmappe bekommen Mediziner und Pflegepersonal, aber auch das Gericht und die Angehörigen ein wichtiges Dokument, in dem Sie ihren eigenen Willen bekundet haben, und der so respektiert und ausgeführt werden muss.

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.

Bitte weisen Sie ihre Nachbarn, Freunde, Bekannte auf die Notfallmappe hin, denn sie ist für alle Mitbürger eine Hilfe und für Menschen jeden Alters sinnvoll.

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



Rita Röhl
Landrätin



Christine Kreuzer
Kreisseniorenbeauftragte

IMPRESSUM

Dezember 2021

V.i.S.P.: Heiko Langer

auf Initiative der Kreisseniorenbeauftragten Christine Kreuzer

Redaktion: Christine Kreuzer

Gestaltung: Heiko Langer - Titelseite: Atelier Bauernfeind

Landkreis Regen, Poschetsrieder Str. 16, 94209 Regen, Tel. 09921/6010

E-Mail: Pressestelle@lra.landkreis-regen.de

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. Checkliste „Todesfall“	34
20. Vereinsmitgliedschaften, Abos, Verträge	35

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	01805/191212
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

Klinische (stationäre) Behandlungen

Zahnärztliche Behandlungen

Impfungen

Impfbuch vorhanden

Ja Nein

Allergien

Sonstiges

wie zum Beispiel Herzschrittmacher, künstliche Gelenke:

Organspenden

Organspendeausweis vorhanden: Ja 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, Polizei 110)
- 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

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

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

Möglichkeiten hierzu bieten Ihnen:

die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung und die Patientenverfügung.

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

Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Betreuungsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen.

Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er uneingeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt.

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

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

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.

Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 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)
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (i. S. § 1832 Absatz 4 BGB)
- über ärztliche Zwangsmaßnahmen i. S. des § 1832 a Abs. 1 BGB
- 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

O Ja

O Nein

O Ja

O Nein

O Ja

O Nein

entscheiden.

Aufenthalt und Wohnangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja Nein

Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. Ja Nein

Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. Ja Nein

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

Behörden

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

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

Ja

Nein

namentlich

über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)

Ja

Nein

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

Ja

Nein

Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)

Ja

Nein

Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2)

Ja

Nein

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen).

Ja

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.

Ja

Nein

Regelung der Bestattung

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

Ja

Nein

Betreuungsverfügung

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

Ja

Nein

Weitere Regelungen

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

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

Bestätigung des Arztes

Ich bestätige, dass die von Frau/Herrn _____ 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:

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, _____

geboren am: _____ in: _____

wohnhaft in: _____
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

*(Zutreffendes habe ich hier
angekreuzt bzw. eingefügt)*

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, zum Beispiel durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschäden, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

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

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

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

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

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

Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

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

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

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

Ich wünsche eine Begleitung

durch

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge

durch Hospizdienst

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Ja

Nein

Hinweis: Die Patientenverfügung kann ohne Beistand oder Beratung erstellt werden, es empfiehlt sich hier aber den Hausarzt beim Ausfüllen hinzuzuziehen.

Hinweis auf erteilte Vollmacht(en):

Bevollmächtigt ist:

(Name des/der Bevollmächtigten)

wohnhaft:

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

weitere Kontaktinformationen:

(Mobiltelefonnummer, E-Mail o.ä.)

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsvollmacht erstellt.

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z. B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe, geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

oder

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.
(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

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

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

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

Name / Geburtsdatum: _____

Straße / Wohnort: _____

Ort, Datum und Unterschrift der/des Beratenden

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

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

Name / Geburtsdatum: _____

Straße / Wohnort: _____

Name / Geburtsdatum: _____

Straße / Wohnort: _____

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

Name / Geburtsdatum: _____

Straße / Wohnort: _____

Name / Geburtsdatum: _____

Straße / Wohnort: _____

Checkliste „Erste Schritte bei einem Todesfall“

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

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. 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 Familien Stammbaum 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 Pflegeheimen, 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