



NOTFALL MAPPE

Name, Vorname

Geburtstag



STADT DEGGENDORF

WICHTIGE RUFNUMMERN

POLIZEI	110
RETTUNGSDIENST (NOTARZT, FEUERWEHR)	112 WER RUFT AN? WO IST ETWAS PASSIERT? WAS IST PASSIERT?
ÄRZTLICHER NOTDIENST	0180-5044100
ZAHNÄRZTLICHER NOTDIENST	01805-986700
GIFTNOTRUF	0228-19240 ALTER, GRÖSSE, GEWICHT? WAS? WIEVIEL? WANN EINGENOMMEN?
PFLEGEDIENST	
EC- KARTENSPERRUNG	116 116
AMTSGERICHT	
KONTAKTPERSON IM NOTFALL	_____ NAME _____ TELEFON
HAUSARZT	_____ NAME _____ TELEFON

VORWORT

Sehr geehrter Besitzer/sehr geehrte Besitzerin dieser Notfallmappe,

eigenverantwortlich möchten Sie sich für den Ernstfall vorbereiten – eine gute Entscheidung! Mit diesem Ordner verschaffen Sie sich und evtl. Ihren Angehörigen einen umfassenden Überblick über Ihre wichtigsten persönlichen Unterlagen – für alle Fälle.

Hier können Sie wichtige Dokumente übersichtlich zusammenstellen, sortieren, aufbewahren und evtl. andere Aufbewahrungsorte vermerken. So lässt sich Wichtiges kurzfristig finden. In einem Notfall fehlt meist die Zeit und die Ruhe des Suchens!



Sie haben die Möglichkeit individuelle Notizen hier auf Vordrucken zu vermerken und auch zu ergänzen sowie anhand von Dokumentenchecklisten alle wichtigen Unterlagen sofort griffbereit zu haben. Außerdem finden Sie wichtige Informationen und nützliche Hinweise, zum Beispiel zu den Themen Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Krankenhauseinweisung oder Trauerfall.

Ich wünsche Ihnen das gute Gefühl vorbereitet zu sein!

Alles Gute!

A handwritten signature in blue ink that reads "Christian Moser". The signature is fluid and cursive.

Dr. Christian Moser
Oberbürgermeister

Diese Notfallmappe wurde ausgefüllt

von _____

am _____

Unterschrift

INHALT

KAPITEL	SEITE
WICHTIGE RUFNUMMERN	2
VORWORT	3
1. PERSÖNLICHE DATEN	7
1.1 PERSÖNLICHE DATEN	8
1.2 FAMILIE, FREUNDE/BEKANNTEN	9
1.3 BERUFLICHES	11
1.4 IM NOTFALL BENACHRICHTIGEN.	12
1.5 DOKUMENTENCHECKLISTE - PERSÖNLICHE DOKUMENTE	13
2. KRANKHEIT.	15
2.1 MEDIZINISCHE DATEN	16
2.2 MEDIKAMENTE	17
2.3 BEHANDELNDE ÄRZTE, PFLEGEDIENSTE.	18
2.4 KRANKENVERSICHERUNG	19
2.5 PFLEGEGRAD	20
2.6 DOKUMENTENCHECKLISTE - KRANKHEIT	24
3. VERFÜGUNGEN	25
3.1 INFORMATIONSBLETT ÜBER PATIENTENVERFÜGUNG/ BETREUUNGSVERFÜGUNG/VORSORGEVOLLMACHT.	26
3.2 EIGENE ANGABEN ÜBER VERFÜGUNGEN	27
3.3 DOKUMENTENCHECKLISTE - VERFÜGUNGEN	28
3.4 PATIENTENVERFÜGUNG	29
3.5 BETREUUNGSVERFÜGUNG	39
4. VORSORGE	41
4.1 RENTE/VORSORGE/LEBENSVERSICHERUNG	42
4.2 DOKUMENTENCHECKLISTE - VORSORGE	44
4.3 VORSORGEVOLLMACHT	45
5. FINANZEN	49
5.1 GIROKONTEN, SPARKONTEN, WERTPAPIERE	50
5.2 VERBINDLICHKEITEN	51
5.3 BESTEHENDE VERTRÄGE (TELEFON, RUNDFUNK, ZEITSCHRIFTEN, ETC.)	52
5.4 DOKUMENTENCHECKLISTE - FINANZEN.	53
6. WOHNUNG/HAUS.	55
6.1 MIETWOHNUNG - EIGENNUTZUNG.	56
6.2 HAUS/IMMOBILIEN - EIGENNUTZUNG	56
6.3 IMMOBILIENEIGENTUM.	56
6.4 VERMIETUNG	57
6.5 ENERGIEVERSORGUNG/GRUNDSTEUER	58
6.6 DOKUMENTENCHECKLISTE - WOHNUNG/HAUS.	59

7. VERSICHERUNGEN61

7.1 VERSICHERUNG FÜR HAUS UND WOHNUNG 62

7.2 UNFALLVERSICHERUNG 63

7.3 HAFTPFLICHTVERSICHERUNG 63

7.4 RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG 64

7.5 DOKUMENTENCHECKLISTE - VERSICHERUNGEN 65

8. FAHRZEUGE67

8.1 FAHRZEUGE 68

8.2 FAHRZEUGVERSICHERUNG 68

8.3 DOKUMENTENCHECKLISTE - FAHRZEUGE. 70

9. SONSTIGES71

9.1 MITGLIEDSCHAFTEN 72

9.2 MERKBLATT FÜR KRANKENHAUSEINWEISUNGEN. 72

9.3 MERKBLATT FÜR DEN TRAUERFALL 73

9.4 DOKUMENTENCHECKLISTE - SONSTIGES 77

BITTE AUSSCHNEIDEN UND IN DER GELDBÖRSE AUFBEWAHREN!

<p>MEINE DATEN</p> <hr/> <p>NAME</p> <hr/> <p>ANSCHRIFT</p>	<p>NOTRUF</p> <p>• POLIZEI 110</p> <p>• RETTUNGSDIENST 112 (NOTARZT/FEUERWEHR)</p>
<p>MEINE KONTAKTPERSON</p> <hr/> <p>NAME</p> <hr/> <p>ANSCHRIFT</p>	<p>MEIN HAUSARZT</p> <hr/> <p>NAME</p> <hr/> <p>ANSCHRIFT</p>

1. PERSÖNLICHE DATEN

- 1.1 **PERSÖNLICHE DATEN**
- 1.2 **FAMILIE, FREUNDE/BEKANNTE**
- 1.3 **BERUFLICHES**
- 1.4 **IM NOTFALL BENACHRICHTIGEN**
- 1.5 **DOKUMENTENCHECKLISTE -
PERSÖNLICHE DOKUMENTE**

1.1 PERSÖNLICHE DATEN

MEINE DATEN

NAME, VORNAME: _____

GEBURTSNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

GEBURTSORT: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

KONFESSION: _____

FAMILIENSTAND: _____

ANZAHL DER KINDER: _____

EHEGATTE/IN – LEBENSPARTNER/IN

NAME, VORNAME: _____

GEBURTSNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

1.2 FAMILIE, FREUNDE/BEKANNTE

VATER

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

MUTTER

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

KINDER

ANZAHL DER KINDER: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

GESCHWISTER

ANZAHL DER GESCHWISTER: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

FREUNDE/BEKANNTE

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

1.3 BERUFLICHES

BERUF

SELBSTSTÄNDIG

NAME DER FIRMA

ANSCHRIFT DER FIRMA

TELEFON

HANDELSREGISTER, FINANZAMT

ANGESTELLT

ARBEITGEBER

ANSCHRIFT ARBEITGEBER

TELEFON

STEUERBERATER

NAME

TELEFON

ANSCHRIFT

RECHTSANWALT

NAME

TELEFON

ANSCHRIFT

NOTAR

NAME

TELEFON

ANSCHRIFT

1.4 IM NOTFALL BENACHRICHTIGEN

FOLGENDE PERSONEN BITTE UMGEHEND BENACHRICHTIGEN

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

FOLGENDE PERSONEN BESITZEN SCHLÜSSEL ZU MEINEN RÄUMLICHKEITEN

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

SCHLÜSSEL FÜR: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON, HANDY: _____

EMAIL: _____

SCHLÜSSEL FÜR: _____

1.5 DOKUMENTENCHECKLISTE - PERSÖNLICHE DOKUMENTE

DOKUMENT	VORHANDEN	IN DIESER MAPPE	ANDERER AUFBEWAHRUNGORT
PERSONALAUSWEIS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
REISEPASS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
HEIRATSURKUNDE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
EHEVERTRAG	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
SCHEIDUNGSURKUNDE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
TESTAMENT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
GEBURTSURKUNDE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
TAUFSCHEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
AUFENTHALTSGENEHMIGUNG (FALLS BENÖTIGT)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ARBEITSVERTRAG	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ARBEITSLOSEN-BESCHEINIGUNG	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

2. KRANKHEIT

2.1 MEDIZINISCHE DATEN

2.2 MEDIKAMENTE

2.3 BEHANDELNDE ÄRZTE, PFLEGEDIENSTE

2.4 KRANKENVERSICHERUNG

2.5 DOKUMENTENCHECKLISTE - KRANKHEIT



2.1 MEDIZINISCHE DATEN

BLUTGRUPPE _____

CHRONISCHE KRANKHEITEN

BEHINDERUNG

IMPLANTATE (Z.B. HERZSCHRITTMACHER, KNIE, HÜFTE, AUGEN)

AMBULANTE BEHANDLUNGEN (ART/DATUM/ZEITRAUM/BEHANDLUNGSORT)

STATIONÄRE BEHANDLUNGEN (ART/DATUM/ZEITRAUM/BEHANDLUNGSORT)

2.3 BEHANDELNDE ÄRZTE, PFLEGEDIENSTE

HAUSARZT

NAME

TELEFON

ANSCHRIFT

ZAHNARZT

NAME

TELEFON

ANSCHRIFT

ANDERE BEHANDELNDE ÄRZTE

NAME / FACHRICHTUNG

TELEFON

ANSCHRIFT

NAME / FACHRICHTUNG

TELEFON

ANSCHRIFT

NAME / FACHRICHTUNG

TELEFON

ANSCHRIFT

PFLEGEDIENST

NAME / FACHRICHTUNG

TELEFON

ANSCHRIFT

2.4 KRANKENVERSICHERUNG

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

KRANKENKASSE

TELEFON

ANSCHRIFT

VERSICHERUNGSNUMMER

PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG/KRANKENHAUSZUSATZVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

ANSCHRIFT

VERSICHERUNGSNUMMER

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

ANSCHRIFT

VERSICHERUNGSNUMMER

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

ANSCHRIFT

VERSICHERUNGSNUMMER

PFLEGEVERSICHERUNG (PRIVAT)

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

ANSCHRIFT

VERSICHERUNGSNUMMER

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

ANSCHRIFT

VERSICHERUNGSNUMMER

2.5 PFLEGEGRADE

Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit nach dem 01.01.2017:

Anträge für Leistungen Ihrer Pflegeversicherung erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse.

SONDERFALL PFLEGEGRAD 1

In Pflegegrad 1 werden Menschen eingestuft, die geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten haben. Dies betrifft zumeist Menschen mit geringen körperlichen Beeinträchtigungen, z. B. aufgrund von Wirbelsäulen- oder Gelenkerkrankungen. Dabei erfordern auch geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit in manchen Bereichen Unterstützung.

Die Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 konzentrieren sich darauf, die Selbstständigkeit der Betroffenen durch frühzeitige Hilfestellungen möglichst lange zu erhalten und ihnen den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben daher Anspruch auf eine umfassende individuelle Pflegeberatung, mit der bereits frühzeitig auf die konkrete Situation der Betroffenen eingegangen werden kann. Hierfür können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Beratungsangebote ihrer Pflegekasse oder ihres privaten Versicherungsunternehmens nutzen oder das Beratungsangebot in einem nahe gelegenen Pflegestützpunkt. Darüber hinaus können sie einmal je Halbjahr einen Beratungseinsatz durch eine hierfür zugelassene Pflegefachkraft – z. B. von einem ambulanten Pflegedienst – in der eigenen Häuslichkeit abrufen. Insbesondere für die pflegenden Angehörigen besteht ferner die Möglichkeit, kostenfrei an einem Pflegekurs teilzunehmen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben bei Bedarf zudem Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und auf Zuschüsse zur Anpassung ihres Wohnumfelds (z. B. zum Einbau einer barrierefreien Dusche). Wohnen sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung haben sie außerdem Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag und ggf. die Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen. Darüber hinaus steht auch ihnen bei häuslicher Pflege der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich zu. Dieser kann in Pflegegrad 1 grundsätzlich genauso eingesetzt werden wie in den Pflegegraden 2 bis 5, allerdings mit einer Besonderheit: Anders als in den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1 auch für Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung eingesetzt werden. Das bedeutet, dass in Pflegegrad 1 der Entlastungsbetrag beispielsweise auch für die Unterstützung durch einen Pflegedienst beim Duschen oder Baden genutzt werden kann.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim, erhalten sie von der Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich. In stationären Einrichtungen haben sie wie alle Versicherten außerdem Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Auch die Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung stehen bei Pflegegrad 1 zur Verfügung.

PFLEGEGRAD 2, 3, 4, 5

Ambulante Pflegesachleistungen für Pflegedienst

Pflegebedürftige, die weiterhin zu Hause leben, können einen zugelassenen professionellen Pflegedienst engagieren und erhalten dann die sogenannte „Pflegesachleistung“. Dazu zählen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung durch geeignete Pflegekräfte.

Pflegegeld

Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter.

Entlastungsbetrag

Mit dem Entlastungsbetrag können Kosten finanziert werden, die im Zusammenhang entstehen mit der Inanspruchnahme von:

- Leistungen der teilstationären Tages- oder Nachtpflege
- Leistungen der vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege
- Leistungen zugelassener Pflegedienste im Bereich Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung (ausschließlich in Pflegegrad 1 außerdem auch Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung, z. B. Hilfen beim Waschen oder Baden)
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag zählen unter anderem Betreuungsgruppen für demenziell erkrankte Menschen, Helfer- bzw. Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen bzw. Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste sowie Alltagsbegleiter und Pflegebegleiter.

Tages- und Nachtpflege (teilstationär)

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer entsprechenden Einrichtung.

Pflegehilfsmittel

Technische Pflegehilfsmittel werden in der Regel leihweise oder gegen eine Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Die Kosten für Verbrauchsprodukte in Höhe von bis zu 40 Euro pro Monat werden von der Pflegekasse erstattet. Dazu gehören z. B. Einmalhandschuhe oder Betteinlagen.

Wohngruppen-Zuschlag

Neue Wohnformen wie Senioren- oder Pflege-Wohngemeinschaften bieten die Möglichkeit, zusammen mit Frauen und Männern in der selben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen, sogenannten Pflege-WGs, sieht die Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung vor, die es ab 2017 auch für Pflegebedürftige im neuen Pflegegrad 1 gibt.

JÄHRLICHE LEISTUNGEN

Kurzzeitpflege

Manche Pflegebedürftige (im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung) sind für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, z. B. weil eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege bewältigt oder der Übergang im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geregelt werden muss. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Einrichtungen.

Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege.

EINMALIGE LEISTUNGEN

Wohnumfeldverbesserung

Wenn Pflegebedürftige zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange der Pflege- oder Betreuungsbedürftigen individuell anzupassen.

Gründungszuschlag Pflege-WG

Berechtigte des Wohngruppenzuschlags können eine Anschubfinanzierung für die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe beantragen.

WEITERE LEISTUNGEN

Pflegekurs für Angehörige

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern wollen, können Sie an einem kostenlosen Pflegekurs Ihrer Pflegekasse teilnehmen.

Reduzierung der Arbeitszeit bzw. Freistellung

Beschäftigte, die einen nahen Angehörigen zu Hause pflegen, können sich unter bestimmten Voraussetzungen von der Arbeit freistellen lassen und können Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung erhalten.

Leistungen für Schwerstkranke und Sterbende

Schwerstkranke und sterbende Menschen haben Anspruch auf eine palliative Versorgung. Die Palliativmedizin hat das Ziel, die Folgen einer Erkrankung zu lindern (Palliation), wenn keine Aussicht auf Heilung mehr besteht.

Wo können Schwerstkranke versorgt werden?

Palliativversorgung kann überall dort geleistet werden, wo Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen – zu Hause, aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern oder in stationären Hospizen. Viele schwerstkranke Menschen haben den Wunsch, in ihrer letzten Lebensphase in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Der stetige Ausbau der ambulanten Palliativversorgung wird dem gerecht. Schwerstkranke sterbende Menschen haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die sowohl palliativmedizinische als auch palliativpflegerische Leistungen umfasst. Wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der beziehungsweise des Versicherten nicht mehr möglich ist, können Patientinnen und Patienten in stationären Palliativstationen versorgt werden. Möglich ist auch eine Versorgung in stationären Hospizen.

Wie wird die Versorgung schwerstkranker Menschen verbessert?

Sterbende Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut versorgt und begleitet werden. Das Ende 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz fördert deshalb den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung – zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz und im Krankenhaus. Zu den wesentlichen Neuerungen zählt der neu geschaffene Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Versicherten nun bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung unterstützen. Dabei sollen sie auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

Wie wird eine gute hospizliche Versorgung gewährleistet?

Um die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenenheime zu stärken, stieg der Mindestzuschuss der Krankenkassen. Bislang unterdurchschnittlich finanzierte Heime erhalten seither einen höheren Tagessatz je betreuter beziehungsweise betreutem Versicherten. Zudem tragen die Kassen heute 95 statt wie bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden neben den Personalkosten nun auch Sachkosten (z. B. Fahrkosten ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) berücksichtigt. Zudem wird ein angemessenes Verhältnis von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sichergestellt.

Wie wird die ambulante Versorgung gestärkt?

Hier wurden zusätzlich vergütete Leistungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen vereinbart – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, für Zusatzqualifikationen von Ärztinnen und Ärzten sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit mit anderen beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen. Darüber hinaus kann eine häusliche Krankenpflege für die Palliativversorgung nunmehr länger als für die bisher möglichen vier Wochen verordnet werden. In ländlichen und strukturschwachen Regionen wird der Ausbau der sogenannten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gefördert.

Was hat sich in der stationären Versorgung verbessert?

Die Sterbebegleitung ist ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung geworden. Pflegeheime sind zudem aufgefordert, mit Haus- und Fachärzten Kooperationsverträge zur medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu schließen.

Weiter wurde durch das Gesetz die Grundlage dafür geschaffen, dass in stationären Pflegeeinrichtungen künftig eine Beratung zur Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase angeboten werden kann. Es geht darum, Pflegeheimbewohnern die Möglichkeit zu geben, sich durch Gespräche mit Ärzten, mit qualifizierten nichtärztlichen Gesprächsbegleitern und mit ihren nächsten Angehörigen umfassend über bestehende Angebote zu informieren, bevor sie z. B. eine Patientenverfügung verfassen und detailliert über ihre künftige, persönliche, medizinische und pflegerische Behandlung und Versorgung entscheiden. Ziel ist es, die Strukturen so zu verändern, dass gründlich überlegte und aussagekräftige Vorausplanungen in Klinik und Praxis auch zuverlässig wahrgenommen werden und Beachtung finden.

2.6 DOKUMENTENCHECKLISTE - KRANKHEIT

DOKUMENT	VORHANDEN JA / NEIN	BESORGEN JA / NEIN	IN DIESER MAPPE JA / NEIN	ANDERER AUFBE- WAHRUNGORT
KRANKENVERSICHERUNGSKARTE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
BLUTGRUPPENAUSSWEIS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
DIABETIKERAUSSWEIS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ALLERGIEPASS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
RÖNTGENPASS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
AUSSWEIS HERZSCHRITTMACHER	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ARBEITSUNFÄHIGKEITS- BESCHEINIGUNG	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ÄRZTLICHES GUTACHTEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
NOTFALLAUSSWEIS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
IMPFPASS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
PFLEGEVERTRAG	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ORGANSPENDEAUSSWEIS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
SCHWERBEHINDERTENAUSSWEIS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
BEFUNDE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

3. VERFÜGUNGEN

- 3.1 **INFORMATIONSBLETT ÜBER PATIENTENVERFÜGUNG/
BETREUUNGSVERFÜGUNG/VORSORGEVOLLMACHT**
- 3.2 **EIGENE ANGABEN ÜBER VERFÜGUNGEN**
- 3.3 **DOKUMENTENCHECKLISTE - VERFÜGUNGEN**
- 3.4 **PATIENTENVERFÜGUNG**
- 3.5 **BETREUUNGSVERFÜGUNG**



3.1 INFORMATIONSBLETT ÜBER PATIENTENVERFÜGUNG/ BETREUUNGSVERFÜGUNG/VORSORGEVOLLMACHT

Der Tod ist in unserer heutigen oft anonymisierten Gesellschaft ein absolutes Tabu-Thema. Sich mit seinem Ableben zu beschäftigen erfordert Entschlossenheit und Vertrauen in die Familie, in das nahe Umfeld. Die folgenden Vollmachten und Verfügungen sollen Ihnen dabei helfen, sich näher mit dem Thema „Sterben“ befassen zu können und Ihre eigenen Wünsche und Überlegungen dazu für den Fall der Fälle verbindlich und für alle Beteiligten nachvollziehbar niedergeschrieben zu haben.

Hier kann es für Ihre Angehörigen hilfreich sein, wenn Sie dies bereits im Vorfeld geregelt haben. Dabei helfen Ihnen die nachfolgenden Formulare zur Vorsorgevollmacht, zur Betreuungsverfügung und zur Patientenverfügung.

Bitte sprechen Sie Ihre Fragen und Anliegen mit Ihrem Hausarzt ab. Dieser kann Sie kompetent und umfassend zu dieser Thematik beraten und Sie in Ihren Entscheidungen unterstützen. Das Nutzen dieser Notfallmappe ist vollkommen freiwillig.

Im Folgenden handelt es sich lediglich um Textbausteine, welche keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und eine notarielle Regelung nicht ersetzen können.

VORSORGEVOLLMACHT

Die Vorsorgevollmacht schließen Sie mit einem Ihnen nahestehenden volljährigen Menschen, dem Sie voll und ganz vertrauen können, ab. Nach Vorlage der Vollmacht kann dieser unter Einhaltung der vereinbarten Bedingungen für Sie handeln. Diese Vollmacht umfasst alle Erledigungen im Hinblick auf die Finanzen, Aufenthaltsbestimmung und vieles mehr. Hierfür ist absolutes Vertrauen die Grundlage.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Die Betreuungsverfügung ergänzt die Vorsorgevollmacht insoweit, als dass der Inhalt der Verfügung die Gerichte bindet. Der Vorteil besteht darin, dass sie nur dann Wirkung entfaltet, wenn die jeweilige Handlung tatsächlich erforderlich ist.

PATIENTENVERFÜGUNG

Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine Willensbekundung, die den Gesundheitszustand betrifft. Sie stellt eine Handlungsanweisung an den behandelnden Arzt dar und ist bisher nicht gesetzlich geregelt. Hierfür wird ein intaktes Verhältnis zwischen Arzt und Patient benötigt, gegebenenfalls ist zur Umsetzung des Patientenwillens auch die Mitwirkung einer bevollmächtigten Person oder eines Betreuers erforderlich.

3.2 EIGENE ANGABEN ÜBER VERFÜGUNGEN

PATIENTENVERFÜGUNG

JA NEIN

INFORMIERTE PERSONEN

BETREUUNGSVERFÜGUNG

JA NEIN

INFORMIERTE PERSONEN

ALS BETREUER/IN GEWÜNSCHTE PERSON/EN

VORSORGEVOLLMACHT

JA NEIN

INFORMIERTE PERSONEN

BEVOLLMÄCHTIGTE/ER

3.3 DOKUMENTENCHECKLISTE - VERFÜGUNGEN

DOKUMENT	VORHANDEN JA / NEIN	BESORGEN JA / NEIN	IN DIESER MAPPE JA / NEIN	ANDERER AUFBE- WAHRUNGORT
VORSORGEVOLLMACHT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
BETREUUNGSVERFÜGUNG	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
PATIENTENVERFÜGUNG	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
SORGERECHTSBESCHEID	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
AUSGESTELLTE VOLLMACHT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ERHALTENE VOLLMACHT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

3.4 PATIENTENVERFÜGUNG

EINGANGSFORMEL

Für den Fall, dass ich, _____ , geboren am _____ ,
wohnhaft in _____ , meinen
Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich folgendes:

EXEMPLARISCHE SITUATIONEN, FÜR DIE DIE VERFÜGUNG GELTEN SOLL

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

JA NEIN

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

JA NEIN

Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener 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 ¹.

JA NEIN

Wenn 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 ².

JA NEIN

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

ANMERKUNG: Es sollten ausschließlich Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

FESTLEGUNGEN ZU EINLEITUNG, UMFANG ODER BEENDIGUNG BESTIMMTER ÄRZTLICHER MASSNAHMEN

LEBENSERHALTENDE MASSNAHMEN

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

JA NEIN

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.

JA NEIN

SCHMERZ- UND SYMPTOMBEHANDLUNG ³

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

aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung. ODER

JA NEIN

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

JA NEIN

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

JA NEIN

KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG UND FLÜSSIGKEITZUFUHR ⁴

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

JA NEIN

dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation ⁵ zur Beschwerdelinderung erfolgen. ODER

JA NEIN

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.

JA NEIN

WIEDERBELEBUNG ⁶

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Versuche der Wiederbelebung. ODER

JA NEIN

die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung. ODER

JA NEIN

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

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

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab. ODER

JA NEIN

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

JA NEIN

KÜNSTLICHE BEATMUNG

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann. ODER

JA NEIN

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.

JA NEIN

DIALYSE

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

JA NEIN

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

JA NEIN

ANTIBIOTIKA

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann. ODER

JA NEIN

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. ODER

JA NEIN

keine Antibiotika.

JA NEIN

BLUT/BLUTBESTANDTEILE

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

JA NEIN

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

JA NEIN

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

JA NEIN

ORT DER BEHANDLUNG, BEISTAND

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden. ODER

JA NEIN

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. ODER

JA NEIN

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

JA NEIN

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:

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

hospizlichen Beistand.

JA NEIN

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

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

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 oder 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 oder 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.
 - andere 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 oder 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.
 - andere Person:
-

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.

NAME

TELEFON

ANSCHRIFT

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).

NAME

TELEFON

ANSCHRIFT

HINWEIS AUF BEIGEFÜGTE ERLÄUTERUNGEN ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen

Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

ORGANSPENDE

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu ⁷ (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor. ODER

ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

SCHLUSSFORMEL

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

SCHLUSSBEMERKUNGEN

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

INFORMATION/BERATUNG

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

und beraten lassen durch:

ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG/BESTÄTIGUNG DER EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT

Herr/Frau _____ wurde von mir am _____ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

(Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden).

DATUM / UNTERSCHRIFT

STEMPEL DER ÄRZTIN / DES ARZTES

AKTUALISIERUNG

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe. ODER
- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend (Alternativen):

- in vollem Umfang.
- mit folgenden Änderungen:

DATUM / UNTERSCHRIFT

¹ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

² Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

³ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

⁴ Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php).

⁵ Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

⁶ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

⁷ Die Informationsbroschüren „Antworten und wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 51101 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: order@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

3.5 BETREUUNGSVERFÜGUNG

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

ZU MEINEM BETREUER/MEINER BETREUERIN SOLL BESTELLT WERDEN

NAME TELEFON

GEBURTSDATUM / GEBURTSORT

ANSCHRIFT

FALLS DIE VORSTEHENDE PERSON NICHT ZUM BETREUER ODER ZUR BETREUERIN BESTELLT WERDEN KANN, SOLL FOLGENDE PERSON BESTELLT WERDEN

NAME TELEFON

GEBURTSDATUM / GEBURTSORT

ANSCHRIFT

AUF KEINEN FALL SOLL ZUM BETREUER/ZUR BETREUERIN BESTELLT WERDEN

NAME TELEFON

GEBURTSDATUM / GEBURTSORT

ANSCHRIFT

4. Vorsorge

4.1 RENTE/VORSORGE/LEBENSVERSICHERUNGEN

4.2 DOKUMENTENCHECKLISTE - VORSORGE

4.3 VORSORGEVOLLMACHT



4.1 RENTE/VERSORGUNG/LEBENSVERSICHERUNG

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG

ANSCHRIFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

ZUSATZVERSICHERUNG / LEBENSVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

PRIVATE RENTENVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

BEAMTENVERSORGUNG

FESTSETZENDE BEHÖRDE

TELEFON

PERSONALNUMMER / AKTENZEICHEN

STERBEGELDVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

SONSTIGE

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSNUMMER

4.3 VORSORGEVOLLMACHT

Ich, _____ (Vollmachtgeber), geboren am _____ , wohnhaft in _____ , Telefon _____ , erteile hiermit Vollmacht an _____ (Bevollmächtigter), geboren am _____ , wohnhaft in _____ , Telefon _____ .

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

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

GESUNDHEITSSORGE/PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

JA 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 (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).

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.

JA NEIN

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

JA NEIN

AUFENTHALT UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN

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

JA NEIN

Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

JA NEIN

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

JA NEIN

BEHÖRDEN

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

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. (Beachten Sie hierzu den nachfolgenden Hinweis 1)

JA NEIN

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

JA NEIN

Verbindlichkeiten eingehen. (Beachten Sie hierzu den nachfolgenden Hinweis 1)

JA NEIN

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

JA NEIN

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

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 (vgl. S. 31/32 der Broschüre „Betreuungsrecht“).

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.

POST- UND FERNMELDEVERKEHR

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

JA NEIN

VERTRETUNG VOR GERICHT

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

JA NEIN

UNTERVOLLMACHT

Sie darf Untervollmacht erteilen.

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

GELTUNG ÜBER TOD HINAUS

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

JA NEIN

WEITERE REGELUNGEN

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT DES VOLLMACHTGEBERS

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT DES BEVOLLMÄCHTIGTEN

5. Finanzen

5.1 GIROKONTEN, SPARKONTEN, WERTPAPIERE

5.2 VERBINDLICHKEITEN

**5.3 BESTEHENDE VERTRÄGE
(TELEFON, RUNDFUNK, ZEITSCHRIFTEN, ECT.)**

5.4 DOKUMENTENCHECKLISTE - FINANZEN



5.1 GIROKONTEN, SPARKONTEN, WERTPAPIERE

GIROKONTO

BANK	IBAN	BIC
------	------	-----

BANK	IBAN	BIC
------	------	-----

SPARKONTO

BANK	IBAN	BIC
------	------	-----

BANK	IBAN	BIC
------	------	-----

BAUSPARVERTRAG

ANGELEGT BEI	VERTRAGSNUMMER/KONTONUMMER
--------------	----------------------------

WERTPAPIERE

BANK	VERTRAGSNUMMER/KONTONUMMER
------	----------------------------

ART DER WERTPAPIERE

BANK	VERTRAGSNUMMER/KONTONUMMER
------	----------------------------

ART DER WERTPAPIERE

SONSTIGE GELDANLAGEN

INSTITUT	VERTRAGSNUMMER/KONTONUMMER
----------	----------------------------

ART DER GELDANLAGE

INSTITUT	VERTRAGSNUMMER/KONTONUMMER
----------	----------------------------

ART DER GELDANLAGE

5.2 VERBINDLICHKEITEN

VERBINDLICHKEITEN BEI KREDITINSTITUTEN, PRIVATPERSONEN, FIRMEN; HINWEISE AUF BESTEHENDE DAUERAUFTRÄGE, EINZUGSERMÄCHTIGUNGEN, ÜBERWEISUNGEN U. Ä.

INSTITUT, PERSON

BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON

BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON

BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON

BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON

BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON

BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON

BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

5.3 BESTEHENDE VERTRÄGE

DAZU GEHÖREN ZUM BEISPIEL TELEFON, INTERNET, RUNDFUNK, ZEITUNG, ILLUSTRIERTE

INSTITUT, PERSON BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

INSTITUT, PERSON BETRAG

ART DER VERBINDLICHKEIT

5.4 DOKUMENTENCHECKLISTE - FINANZEN

DOKUMENT	VORHANDEN JA / NEIN	BESORGEN JA / NEIN	IN DIESER MAPPE JA / NEIN	ANDERER AUFBE- WAHRUNGORT
KONTODATEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
SCHECKKARTENDATEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
KREDITKARTENDATEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
GEHEIM-NR.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
JAHRESDEPOTAUSZÜGE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
UNTERLAGEN GIROKONTO	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
SPARVERTRÄGE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
HYPOTHEKEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
KREDIT- UND DARLEHENSVER- TRÄGE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
SPARBÜCHER	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
WETRPAPIERE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
VERBINDLICHKEITEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
DAUERAUFTRÄGE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
EINZUGSERMÄCHTIGUNGEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

6. WOHNUNG/HAUS

6.1 MIETWOHNUNG - EIGENNUTZUNG

6.2 HAUS/IMMOBILIEN - EIGENNUTZUNG

6.3 IMMOBILIENEIGENTUM

6.4 VERMIETUNG

6.5 ENERGIEVERSORGUNG/GRUNDSTEUER

6.6 DOKUMENTENCHECKLISTE - WOHNUNG/HAUS



6.1 MIETWOHNUNG - EIGENNUTZUNG

ANSCHRIFT MIETOBJEKT

NAME DES VERMIETERS

TELEFON

ANSCHRIFT

KÜNDIGUNGSFRIST

ANSCHRIFT MIETOBJEKT

NAME DES VERMIETERS

TELEFON

ANSCHRIFT

KÜNDIGUNGSFRIST

6.2 HAUS/IMMOBILIE - EIGENNUTZUNG

ANSCHRIFT OBJEKT

GRUNDSTEUER / AMT

STEUERNUMMER

ANSCHRIFT OBJEKT

GRUNDSTEUER / AMT

STEUERNUMMER

6.3 IMMOBILIENEIGENTUM

ANSCHRIFT OBJEKT

GRUNDSTEUER / AMT

STEUERNUMMER

ANSCHRIFT OBJEKT

GRUNDSTEUER / AMT

STEUERNUMMER

6.4 VERMIETUNG

ANSCHRIFT OBJEKT

MIETER/IN

TELEFON

MIETVERTRAG VOM

KÜNDIGUNGSFRIST

ANSCHRIFT OBJEKT

MIETER/IN

TELEFON

MIETVERTRAG VOM

KÜNDIGUNGSFRIST

ANSCHRIFT OBJEKT

MIETER/IN

TELEFON

MIETVERTRAG VOM

KÜNDIGUNGSFRIST

ANSCHRIFT OBJEKT

MIETER/IN

TELEFON

MIETVERTRAG VOM

KÜNDIGUNGSFRIST

ANSCHRIFT OBJEKT

MIETER/IN

TELEFON

MIETVERTRAG VOM

KÜNDIGUNGSFRIST

6.5 ENERGIEVERSORGUNG/GRUNDSTEUER

STROM

VERSORGER

TELEFON

VERTRAGSNUMMER

GAS

VERSORGER

TELEFON

VERTRAGSNUMMER

WASSER

VERSORGER

TELEFON

VERTRAGSNUMMER

GRUNDSTEUER

VERWALTUNG

TELEFON

KASSENZEICHEN

SONSTIGE ABGABEN (HUNDESTEUER, ABFALLBESEITIGUNG, STRASSENREINIGUNGSGEBÜHR)

VERWALTUNG

TELEFON

KASSENZEICHEN

VERWALTUNG

TELEFON

KASSENZEICHEN

7. VERSICHERUNGEN

7.1 VERSICHERUNG FÜR HAUS UND WOHNUNG

7.2 UNFALLVERSICHERUNG

7.3 HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

7.4 RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG

7.5 DOKUMENTENCHECKLISTE - VERSICHERUNGEN

7.1 VERSICHERUNG FÜR HAUS UND WOHNUNG

GEBÄUDEVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

GLASBRUCHVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

HAUSRATVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

WEITERE VERSICHERUNGEN

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

7.2 UNFALLVERSICHERUNG

UNFALLVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

WEITERE VERSICHERUNGEN

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

7.3 HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

WEITERE VERSICHERUNGEN

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

7.4 RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG

RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

WEITERE VERSICHERUNGEN

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

ART DER VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

8. FAHRZEUGE

8.1 FAHRZEUGE

8.2 FAHRZEUGVERSICHERUNG

8.3 DOKUMENTENCHECKLISTE - FAHRZEUGE



8.1 FAHRZEUGE

FAHRZEUGART

AMTLICHES KENNZEICHEN

REGELMÄSSIGER STANDORT

EVTL. KREDITSICHERE ÜBEREIGNUNG MIT BRIEFÜBERGABE

SONSTIGE ANGABEN

FAHRZEUGART

AMTLICHES KENNZEICHEN

REGELMÄSSIGER STANDORT

EVTL. KREDITSICHERE ÜBEREIGNUNG MIT BRIEFÜBERGABE

SONSTIGE ANGABEN

8.2 FAHRZEUGVERSICHERUNG

FAHRZEUG

AMTLICHES KENNZEICHEN

VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSNUMMER

TEILKASKO

JA

NEIN

SELBSTBETEILIGUNG: _____ €

VOLLKASKO

JA

NEIN

SELBSTBETEILIGUNG: _____ €

VERSICHERUNGSANSCHRIFT

FAHRZEUG

AMTLICHES KENNZEICHEN

VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSNUMMER

TEILKASKO

JA

NEIN

SELBSTBETEILIGUNG: _____ €

VOLLKASKO

JA

NEIN

SELBSTBETEILIGUNG: _____ €

VERSICHERUNGSANSCHRIFT

INSASSENUNFALLVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

VERKEHRSRECHTSCHUTZVERSICHERUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

SONSTIGE VERSICHERUNGEN

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

TELEFON

VERSICHERUNGSSCHEINNUMMER

9. SONSTIGES

9.1 MITGLIEDSCHAFTEN

9.2 MERKBLATT FÜR KRANKENHAUSEINWEISUNGEN

9.3 MERKBLATT FÜR DEN TRAUERFALL

9.4 DOKUMENTENCHECKLISTE - SONSTIGES



9.1 MITGLIEDSCHAFTEN

MITGLIEDSCHAFTEN IN VEREINEN, VERBÄNDEN, GEWERKSCHAFTEN

VEREIN

MITGLIEDSNUMMER

ANSCHRIFT

KÜNDIGUNG KANN ERFOLGEN ZUM

BEMERKUNGEN

VEREIN

MITGLIEDSNUMMER

ANSCHRIFT

KÜNDIGUNG KANN ERFOLGEN ZUM

BEMERKUNGEN

VEREIN

MITGLIEDSNUMMER

ANSCHRIFT

KÜNDIGUNG KANN ERFOLGEN ZUM

BEMERKUNGEN

9.2 MERKBLATT FÜR KRANKENHAUSEINWEISUNGEN

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten!
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten! (Außenbeleuchtung/Hausnummernbeleuchtung)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versichertenkarte, Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, eine geringe Menge Bargeld
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen und Freunde
- Haus- oder Wohnungsschlüssel
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

9.3 MERKBLATT FÜR DEN TRAUERFALL

Ein Trauerfall fordert die gesamte emotionale, seelische und körperliche Kraft – und gleichzeitig muss viel erledigt und organisiert werden. Hier ein paar notwendige Informationen.

TOTENSCH EIN

Der Tod muss durch den Haus- oder Notarzt schriftlich bestätigt werden. Stirbt eine Person in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Altenheim mit öffentlich-rechtlichem Träger) übernimmt die Verwaltung die behördliche Anzeige des Todes.

STERBEURKUNDE

Der Totenschein wird für die Ausstellung der Sterbeurkunde durch das Standesamt des Sterbeortes (!) benötigt. Die Sterbeurkunde ist notwendig für:

- Alle mit der Bestattung zusammenhängenden Organisationen (Einsargen, Überführen, Beerdigung, etc.)
- Die Nachlassabwicklung

BESTATTUNGSUNTERNEHMEN

Die Angehörigen müssen ein Bestattungsunternehmen beauftragen. Sie holen die verstorbene Person ab und bereiten sie für die Beerdigung vor (Waschen, Kleiden, Einbetten). Ebenfalls bieten sie Hilfe bei der Erledigung sämtlicher Formalitäten bei amtlichen und kirchlichen Stellen an. Hat die verstorbene Person keine Angehörigen, veranlasst das Sozialamt des Sterbeortes ein schlichtes Begräbnis.

BESTATTUNGSTERMIN

Die Absprache erfolgt mit der Friedhofsverwaltung, die auch zuständig für die Verwaltung der Grabnutzungsrechte ist. Diese müssen entweder neu beantragt werden oder bei einem Familiengrab verlängert werden. Ebenfalls müssen die Benutzung der Trauerhalle und (bei Feuerbestattung) des Krematoriums beantragt werden.

SONDERREGELUNGEN FEUERBESTATTUNG

Vor einer Einäscherung ist eine nochmalige ärztliche Untersuchung vorgeschrieben. Urnen dürfen in Deutschland nur in einer Grabstelle (Erdgrab) beigesetzt werden (gesetzlicher Friedhofszwang). Eine Sonderform ist die Seebestattung durch Versenken der Urne auf offener See. Dabei muss die Befreiung vom Friedhofszwang beantragt werden.

BESTATTUNGSFEIER

Nach den Vorstellungen und Wünschen des/der Verstorbenen entscheiden die nächsten Angehörigen über die Art und den Umfang der Bestattungsfeier. Vielleicht hat der/die Verstorbene eine entsprechende Vorsorge in einer Verfügung getroffen. Hier gehört es auch zu den Pflichten der Angehörigen, den letzten Willen zu erfüllen.

Die Gedenkfeier schafft mit der Trauerrede und entsprechender Musik den Übergang zur Bestattung. Es sollte im Sinne des/der Verstorbenen den Eindruck seiner Gedanken- und Lebenswelt vermitteln und zum Andenken und Abschied nehmen Gelegenheit geben.

TRAUERREDNER

In den meisten Fällen hält ein Geistlicher die Trauerrede. Bei Religionslosigkeit kann man über das Bestattungsinstitut auch einen Trauerredner bestellen.

TODESANZEIGEN

Falls keine Verfügung vorliegt sollte im engsten Familienkreis besprochen werden:

- Wer von den Verwandten und Bekannten soll benachrichtigt werden?
- Wann und wie soll eine Zeitungsanzeige aufgegeben werden?

Evtl. muss umgehend der Arbeitgeber benachrichtigt werden!

ERBSCHIN

Der Erbschein ermöglicht die Konten- und Verfügungsverfügungen des/der Verstorbenen. Der Erbschein wird mit dem Totenschein und dem gültigen Testament beim örtlichen Nachlassgericht (Amtsgericht) beantragt. Mehrere Ausfertigungen für unterschiedliche Institutionen sind zu empfehlen (Banken, Versicherungen).

TESTAMENT

Es gibt zwei Formen:

- Das eigenhändige Testament und zwar eine handschriftlich verfasste Willenserklärung mit vollständigem Namen, Ort und Datum
- Das öffentliche Testament, notariell verfasst

Existiert kein gültiges Testament gilt die gesetzliche Erbfolge.

KÜNDIGUNGEN

- Einzugsermächtigungen und Daueraufträge einstellen
- Abmeldung des/der Verstorbenen beim Standesamt und der Krankenkasse
- Evtl. Versorgungsamt oder Sozialamt benachrichtigen
- Verträge kündigen: z.B. Versicherungen, Mietverträge, Zeitschriften, Miet-, Pacht- und Leasingverträge
- Mitgliedschaften beenden: Vereine, Verbände und Organisationen
- Dauer- und Abbuchungsaufträge kündigen
- Konten auflösen
- Arbeitgeber informieren

FINANZAMT

Für das Finanzamt muss evtl. eine abschließende Einkommensteuererklärung des/der Verstorbenen erstellt werden.

NACHSORGE

Alle Dokumente aufbewahren, wie auch Rechnungen und Gebührenbescheide, da sie steuerlich geltend gemacht werden können.

Witwen-/Witwer- und/oder Waisenrente beantragen und weiteren Versicherungsschutz beantragen.

Nach einer Testamentseröffnung bei einem Notar oder Amtsgericht kann der Erbschein beantragt werden. Bei Unklarheiten rechtliche oder steuerliche Beratung in Anspruch nehmen.

FÜR DAS STANDESAMT

- Personalausweis/Reisepass des/der Verstorbenen
- Familienstammbuch (mit Geburtsurkunde, Heiratsurkunde)
- Falls geschieden oder verwitwet: Scheidungsurkunde, Sterbeurkunde

FERNER

- Rentenbescheid
- Krankenkassenkarte
- Versicherungspolice
- Mitgliedsbuch von Sterbekassen
- Erwerbsurkunde der Grabstelle
- Testament
- Vollmachten (Post, Bank, etc.)
- Bestattungsvertrag (mit Vollmachten)
- Sonstige wichtige Unterlagen und Dokumente

Hinweis: alle Urkunden müssen im Original vorliegen!

MIT FOLGENDEM BESTATTUNGSUNTERNEHMEN WURDE EIN VERTRAG GESCHLOSSEN

NAME

ANSCHRIFT

MEINE WÜNSCHE

ART DER BESTATTUNG

EINKLEIDUNG MEINES KÖRPERS

SARG, SARGAUSSTATTUNG, URNE

TRAUERFEIER, ORT

TRAUERREDNER/IN

MUSIK ZUR TRAUERFEIER

BESONDERE WÜNSCHE

Liste zur Versendung von Trauerkarten

NAME	ANSCHRIFT

9.4 DOKUMENTENCHECKLISTE - SONSTIGES

DOKUMENT	VORHANDEN JA / NEIN	BESORGEN JA / NEIN	IN DIESER MAPPE JA / NEIN	ANDERER AUFBE- WAHRUNGORT
MITGLIEDSAUSWEISE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
TESTAMENT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Herausgeber:

Stadt Deggendorf - Telefon 0991/2960-0 - Mail stadt@deggendorf.de

Redaktion:

Büro des Oberbürgermeisters - Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Satz und Gestaltung:

Büro des Oberbürgermeisters - Multimediastelle

Auflage:

3. Auflage - Dezember 2017 - 1.000

Hinweis:

Alle Angaben wurden mit größter Sorgfalt erhoben, erfolgen jedoch ohne Gewähr und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Änderungen und Druckfehler vorbehalten.

