



# NOTFALL MAPPE

Name, Vorname

---

Geburtstag

---

STADT DEGGENDORF



# WICHTIGE RUFNUMMERN

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

Dr. Christian Moser  
Oberbürgermeister

Diese Notfallmappe wurde ausgefüllt

von \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# INHALT

KAPITEL	SEITE
WICHTIGE RUFNUMMERN . . . . .	2
VORWORT . . . . .	3
<b>1. PERSÖNLICHE DATEN . . . . .</b>	<b>7</b>
1.1 PERSÖNLICHE DATEN . . . . .	8
1.2 FAMILIE, FREUNDE/BEKANNTE . . . . .	9
1.3 BERUFLICHES . . . . .	11
1.4 IM NOTFALL BENACHRICHTIGEN. . . . .	12
1.5 DOKUMENTENCHECKLISTE - PERSÖNLICHE DOKUMENTE . . . . .	13
<b>2. KRANKHEIT. . . . .</b>	<b>15</b>
2.1 MEDIZINISCHE DATEN . . . . .	16
2.2 MEDIKAMENTE . . . . .	17
2.3 BEHANDELNDE ÄRZTE, PFLEGEDIENSTE. . . . .	18
2.4 KRANKENVERSICHERUNG . . . . .	19
2.5 DOKUMENTENCHECKLISTE - KRANKHEIT . . . . .	20
<b>3. VERFÜGUNGEN . . . . .</b>	<b>21</b>
3.1 INFORMATIONSBLETT ÜBER PATIENTENVERFÜGUNG/ BETREUUNGSVERFÜGUNG/VORSORGEVOLLMACHT. . . . .	22
3.2 EIGENE ANGABEN ÜBER VERFÜGUNGEN . . . . .	23
3.3 DOKUMENTENCHECKLISTE - VERFÜGUNGEN . . . . .	24
3.4 PATIENTENVERFÜGUNG . . . . .	25
3.5 BETREUUNGSVERFÜGUNG . . . . .	35
<b>4. VORSORGE . . . . .</b>	<b>37</b>
4.1 RENTE/VORSORGE/LEBENSVERSICHERUNG . . . . .	38
4.2 DOKUMENTENCHECKLISTE - VORSORGE . . . . .	40
4.3 VORSORGEVOLLMACHT . . . . .	41
<b>5. FINANZEN . . . . .</b>	<b>45</b>
5.1 GIROKONTEN, SPARKONTEN, WERTPAPIERE . . . . .	46
5.2 VERBINDLICHKEITEN . . . . .	47
5.3 BESTEHENDE VERTRÄGE (TELEFON, RUNDFUNK, ZEITSCHRIFTEN, ETC.) . . . . .	48
5.4 DOKUMENTENCHECKLISTE - FINANZEN. . . . .	49
<b>6. WOHNUNG/HAUS. . . . .</b>	<b>51</b>
6.1 MIETWOHNUNG - EIGENNUTZUNG. . . . .	52
6.2 HAUS/IMMOBILIEN - EIGENNUTZUNG . . . . .	52
6.3 IMMOBILIENEIGENTUM. . . . .	52
6.4 VERMIETUNG . . . . .	53
6.5 ENERGIEVERSORGUNG/GRUNDSTEUER . . . . .	54
6.6 DOKUMENTENCHECKLISTE - WOHNUNG/HAUS. . . . .	55

**7. VERSICHERUNGEN . . . . .57**

7.1 VERSICHERUNG FÜR HAUS UND WOHNUNG . . . . . 58

7.2 UNFALLVERSICHERUNG . . . . . 59

7.3 HAFTPFLICHTVERSICHERUNG . . . . . 59

7.4 RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG . . . . . 60

7.5 DOKUMENTENCHECKLISTE - VERSICHERUNGEN . . . . . 61

**8. FAHRZEUGE . . . . .63**

8.1 FAHRZEUGE . . . . . 64

8.2 FAHRZEUGVERSICHERUNG . . . . . 64

8.3 DOKUMENTENCHECKLISTE - FAHRZEUGE. . . . . 66

**9. SONSTIGES . . . . .67**

9.1 MITGLIEDSCHAFTEN . . . . . 68

9.2 MERKBLATT FÜR KRANKENHAUSEINWEISUNGEN. . . . . 68

9.3 MERKBLATT FÜR DEN TRAUERFALL . . . . . 69

9.4 DOKUMENTENCHECKLISTE - SONSTIGES . . . . . 73

**BITTE AUSSCHNEIDEN UND IN DER GELDBÖRSE AUFBEWAHREN!**

<p><b>MEINE DATEN</b></p> <hr/> <p>NAME</p> <hr/> <p>ANSCHRIFT</p>	<p><b>NOTRUF</b></p> <p>• POLIZEI <span style="float: right;"><b>110</b></span></p> <p>• RETTUNGSDIENST <span style="float: right;"><b>112</b></span> (NOTARZT/FEUERWEHR)</p>
<p><b>MEINE KONTAKTPERSON</b></p> <hr/> <p>NAME</p> <hr/> <p>ANSCHRIFT</p>	<p><b>MEIN HAUSARZT</b></p> <hr/> <p>NAME</p> <hr/> <p>ANSCHRIFT</p>

## **PLATZ FÜR PERSÖNLICHE NOTIZEN**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

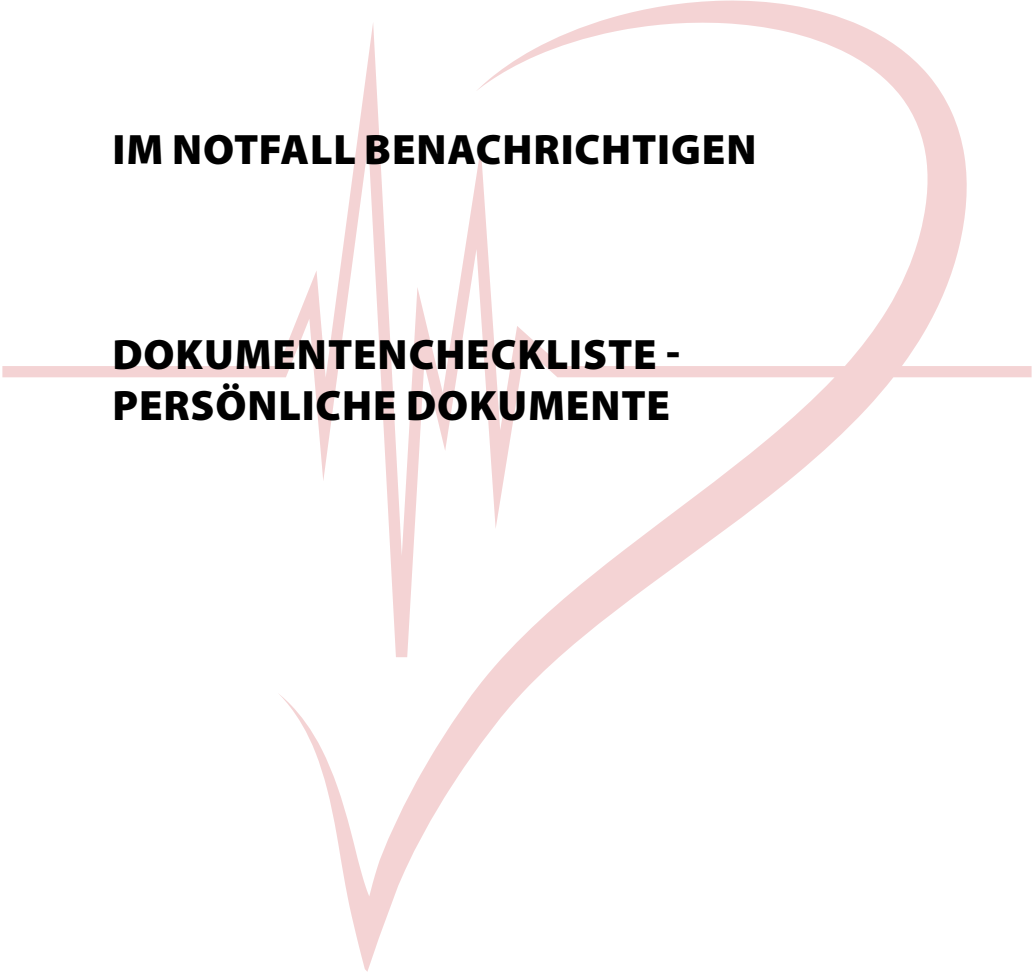
---

---

---

---

# 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: \_\_\_\_\_





# 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 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           INFORMATIONSBLATT 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**

---

---





## 3.4 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 <sup>1</sup>.

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 <sup>2</sup>.

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 <sup>3</sup>**

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 <sup>4</sup>**

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 <sup>5</sup> 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 <sup>6</sup>**

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 <sup>7</sup> (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





<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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](http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php)).

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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](mailto: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	



# 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

## 6.6 DOKUMENTENCHECKLISTE - WOHNUNG/HAUS

DOKUMENT	VORHANDEN JA / NEIN	BESORGEN JA / NEIN	IN DIESER MAPPE JA / NEIN	ANDERER AUFBE- WAHRUNGORT
MIETVERTRÄGE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
KAUFVERTRÄGE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
GRUNDBUCHEINTRÄGE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
BESITZURKUNDEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ERSATZSCHLÜSSEL	<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	





# 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

### 8.3 DOKUMENTENCHECKLISTE - FAHRZEUGE

<b>DOKUMENT</b>	<b>VORHANDEN JA / NEIN</b>	<b>BESORGEN JA / NEIN</b>	<b>IN DIESER MAPPE JA / NEIN</b>	<b>ANDERER AUFBE- WAHRUNGORT</b>
FÜHRERSCHEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
KFZ-BRIEF	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
KFZ-VERSICHERUNGSPOLICE	<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	
	<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	

# 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









**Herausgeber:**

Stadt Deggendorf - Telefon 0991/2960-0 - Mail [stadt@deggendorf.de](mailto:stadt@deggendorf.de)

**Redaktion:**

Büro des Oberbürgermeisters - Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

**Satz und Gestaltung:**

Büro des Oberbürgermeisters - Multimediastelle

**Auflage:**

2. Auflage - November 2015 - 2.000

**Hinweis:**

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

