



PASSAU
Leben an drei Flüssen

Notfallmappe

von



PASSAU
DIE_DREI_FLÜSSE_STADT

Grenzenlos lebenswert

www.passau.de

Impressum

Herausgeber: Stadt Passau



PASSAU
Leben an drei Flüssen

Redaktion und Inhalt: Dienststelle Arbeit und Qualifizierung
Ehrenamt und Senioren

Peter Niedermeier
Tel.: 0851/396-119
Fax: 0851/396-151
peter.niedermeier@passau.de

Claudia Bachl
Tel.: 0851/396-236
Fax: 0851/396-151
claudia.bachl@passau.de

Gestaltung: KWADRAT Werbeagentur, Passau

Bildnachweis: contrastwerkstatt, Alexander Raths, goodluz, kanate (fotolia.com)

Druck: PASSAVIA Druckservice GmbH & Co. KG, Passau

Stand März 2023, (7. Auflage, Stadt Passau)

Vorwort	4
Beratungsstelle Stadt Passau	5
Für den Notfall	7
Persönliche Daten	8
Im Notfall zu benachrichtigen	8
Ärzte	9
Apotheke	9
Ambulanter Pflegedienst	9
Wichtige Rufnummern	10
Krankenversicherung	12
Medizinische Daten (<i>Blutgruppe, Impfungen, Allergien, Diabetes, Anfallsleiden</i>)	13
Medizinische Daten (<i>Implantate, Transplantationen, Blutgerinnungshemmende Substanzen, Röntgenpass, Organspendeausweis</i>)	14
Medizinische Daten (<i>Schwerbehinderungen, Behandlungen, Dauermedikation, Sonstiges</i>)	15
Versicherungen	16
Vermögensaufstellung	19
Verbindlichkeiten	22
Mitgliedschaften, Abonnements	23
Bestehende Verträge	24
Kraftfahrzeuge	25
Computer, Internet	26
Familie	27
Betreuung	29
Beruf	30
Renten	31
Krankenhauseinweisung	32
Todesfall	33
Nachlassangelegenheiten	35
VORSORGEVOLLMACHT	36
BETREUUNGSVERFÜGUNG	42
PATIENTENVERFÜGUNG	44
Ehegattennotvertretungsrecht.....	50
Wertvorstellungen - Ergänzung Patientenverfügung	51
Verzeichnis der erteilten Vollmachten und Verfügungen	51





Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

„Der kluge Mann baut vor“, heißt es am Beginn von Friedrich Schillers Drama Wilhelm Tell. So wirklich uneingeschränkt Recht geben möchte ich dem Dichter irgendwie nicht, gerät uns doch ein ums andere Mal im Leben etwas unvorhersehbar, unbedacht oder unausweichlich in den Weg. Das kann eine plötzliche Erkrankung oder ein Unfall sein. Dagegen können Sie sich nicht absichern. Doch können Sie sehr wohl sicherstellen, dass bei einem solchen Notfall Helfer in Ihrem Sinne handeln.

Die Stadt Passau gibt Ihnen zu diesem Zweck die Notfallmappe an die Hand, die nun schon in der 7. Auflage erschienen ist. Fast 14.000 Exemplare wurden bereits an die Passauer Bürgerschaft verteilt. Zur eigenen Sicherheit können Sie hier alle im Falle eines Falles wichtigen Daten gesammelt ablegen und an einem gut zugänglichen und einsehbaren Ort daheim aufbewahren. Enthalten sind etwa Angaben zur Person, zur Krankenversicherung, zu lebensnotwendigen Medikamenten oder eventuelle Medikamentenunverträglichkeiten. Ebenso ist es möglich, Telefonnummern von Menschen einzutragen, die benachrichtigt werden sollen.

Die Notfallmappe gibt Ihnen darüber hinaus Material an die Hand, wenn sie die letzten Dinge im Leben regeln möchten. Enthalten sind daher Vorlagen für eine Patientenverfügung, Vollmachten und Nachlassangelegenheiten sowie eine Checkliste für den Todesfall. Im besten Fall ergänzen und aktualisieren Sie Ihre Angaben regelmäßig. Um Sie bei der Erstellung der Notfallmappe bestmöglich zu unterstützen, führt die Stadt Passau regelmäßig gut besuchte Informationsveranstaltungen durch.

Es besteht selbstverständlich keine Pflicht, diese Datenblätter auszufüllen. Für den Fall, dass Sie einige Angaben niederschreiben, jedoch an einem anderen Ort aufbewahren möchten, wurden die Seiten perforiert. So können sie diese leicht herausnehmen und anderswo bei Ihren persönlichen Unterlagen aufbewahren. Zudem besteht die Möglichkeit, die Notfallmappe in digitaler Form über die Homepage der Stadt Passau herunterzuladen und online auszufüllen. Nutzen Sie dazu einfach den im Innenteil abgedruckten QR-Code.

Die Broschüre ergänzt die vielfältigen Angebote der Stadt Passau, die in der Fach- und Anlaufstelle für ältere Menschen angesiedelt sind. Nennen möchte ich die Wohnberatungssprechstunde, die Facebook-Seite „Passau 60+“, die Nachbarschaftshilfe und das Haus der Generationen. Es ist schön, dass wir damit einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der älteren Mitbürger leisten können. Über eine weiterhin rege Nutzung würde ich mich freuen.

Bei Fragen zum Älterwerden im Allgemeinen oder zur Notfallmappe im Besonderen wenden Sie sich bitte an die verantwortlichen Mitarbeiter unter Tel. 0851/396-119 oder -236. Sie helfen Ihnen gern beim „klugen Vorbauen“.

Ihr

Jürgen Dupper
Oberbürgermeister



Die Dienststelle Arbeit, Qualifizierung, Ehrenamt und Senioren der Stadt Passau will Passauer Senioren und deren Angehörige sowie Fachleute und Organisationen der Seniorenarbeit bei sämtlichen Fragen des Älterwerdens unterstützen. Im Folgenden finden Sie eine Übersicht der Mitarbeiter und ihrer Arbeitsbereiche:

LEITUNG DER DIENSTSTELLE ARBEIT, QUALIFIZIERUNG, EHRENAMT UND SENIOREN

Peter Niedermeier Tel: 0851/396-119, Altes Rathaus, Zimmer Nr. 132
E-Mail: peter.niedermeier@passau.de

FACH- UND ANLAUFSTELLE FÜR ÄLTERE MENSCHEN

Claudia Bachl Tel. 0851/396-236, Altes Rathaus, Zimmer Nr. 129
E-Mail: claudia.bachl@passau.de

Sprechzeiten Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr
Außerhalb der Sprechzeiten wird um telefonische Terminvereinbarung gebeten.

Zu den Aufgaben der Fach- und Anlaufstelle gehört im Besonderen:

- Kostenlose telefonische und persönliche Entgegennahme von Anfragen und Vermittlung von Angeboten zur Organisation von verschiedensten Unterstützungsangeboten, zum Beispiel zu den Themen:
Wohnen im Alter | Häusliche Pflege und Betreuung | persönliche Beratung zu Fragen des Alltags | Finanzierungen und Förderungen | Aktivitäten mit Gleichgesinnten
- Entwicklung von neuen Hilfsangeboten wie z.B. Notfallmappe, Wohnberatung, Demenznetzwerk und Demenzberatung usw.
- Gezielte Weitervermittlung an zuständige Fachstellen
- Vernetzung der Träger der Altenhilfe und deren Angebote in Passau
- Fortschreibung des Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts
- Erstellen und Vorhalten aktuellen Informationsmaterials



Nachbarschaftshilfe

Bei der Nachbarschaftshilfe der Stadt Passau können Passauer Seniorinnen und Senioren im Bedarfsfall Hilfe bei einem von der Stadtverwaltung organisierten Helferteam anfordern, wenn etwa ein kleines Alltagsproblem bewältigt werden soll. Die Hilfe soll dort zum Einsatz kommen, wo der Auftrag für einen Handwerker oder einen anderen Dienstleister zu klein wäre. Das kann z.B. sein: Kleinere Reparaturarbeiten, Möbelrücken, Wertstoffentsorgung, Besorgungen in der Apotheke, in geringem Umfang auch Einkaufshilfen. Die Einsätze der Nachbarschaftshilfe sind kostenlos. Beratung sowie Prüfung Ihres Anliegens sind unter Tel. 0851/396-236 möglich.

Wohnberatung

Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Alter, bei Krankheit oder bei Behinderung wollen weiterhin selbstständig in ihrer vertrauten Wohnumgebung leben können. Die Fach- und Anlaufstelle unterstützt daher Interessenten, ihr Zuhause „fit für alle Lebenslagen“ zu machen. Um auf konkrete Fragestellungen eingehen zu können werden wiederkehrende Wohnberatungs-Sprechstage angeboten. Neben älteren und gesundheitlich eingeschränkten Menschen sind ausdrücklich auch pflegende Angehörige, Vermieter und Bauherren hier aufgefordert, sich individuell über technische Möglichkeiten der Wohnraumanpassung und Fördermöglichkeiten beraten zu lassen. Termine werden regelmäßig bekannt gegeben oder können unter 0851/396-236 erfragt werden.

REDAKTION „PASSAU60+“

Facebook-Site „Passau60+“

Die seit 1. Dezember 2014 aktive Facebook-Site „Passau60+“ informiert über aktuelle Veranstaltungen und Neuigkeiten für die Generation 60+ und ihre Angehörigen. Von Kultur- bis Vorsorgethematiken, und verbunden mit der Möglichkeit für die Nutzer, Meinungen und Ideen einzubringen. Denn gesellschaftliche Teilhabe via Internet ist eine Generationen übergreifende Zukunftsfrage.

„Passau60+“ ist unter der Adresse www.facebook.com/Passau60Plus im Internet erreichbar. Die vollumfängliche, interaktive Nutzung dieses Onlineauftritts bedarf der Registrierung eines eigenen Nutzerkontos bei der Netzwerkplattform Facebook.

UND GANZ NEU FÜR SIE

Die Notfallmappe der Stadt Passau steht ab dieser 7. aktualisierten Auflage nun auch als direkt am PC ausfüllbare PDF-Datei unter der Adresse

<http://passau.de/LebeninPassau/Senioren/Notfallmappe.aspx>
im Internet zum Download bereit.

Um die PDF-Datei lesen zu können, benötigen Sie den Adobe Reader.
Dieser steht im Internet zum kostenlosen Download bereit.



FÜR DEN NOTFALL (bitte neben das Telefon legen)

Polizei
Schlaganfall-Telefon

110
112

Rettungsdienste
(Notarzt, Feuerwehr)

112

Hausarzt:

.....
Name

.....
Telefonnummer

.....
Mein Name

.....
Meine Adresse

.....
Meine Telefonnummer

.....
Meine Krankenkasse

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

....., geboren am

wohnhaf in

vorsorglich eine Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung erstellt.

(bitte Nichtzutreffendes streichen)

Für den Notfall (Zur Aufbewahrung in der Börse)

Polizei 110 Rettungsdienste
Schlaganfall-Telefon 112 (Notarzt, Feuerwehr) 112

Hausarzt:

.....
Name

.....
Telefon

.....
Mein Name

.....
Meine Adresse

.....
Meine Telefonnummer

.....
Meine Krankenkasse

Kontaktperson:

.....
Name

.....
Telefon

.....
Adresse

Für den Notfall (Zur Aufbewahrung in der Börse)

Polizei 110 Rettungsdienste
Schlaganfall-Telefon 112 (Notarzt, Feuerwehr) 112

Hausarzt:

.....
Name

.....
Telefon

.....
Mein Name

.....
Meine Adresse

.....
Meine Telefonnummer

.....
Meine Krankenkasse

Kontaktperson:

.....
Name

.....
Telefon

.....
Adresse



Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
Telefon / Handy	E-Mail
Staatsangehörigkeit	Konfession
Familienstand	Ehegatte: Name, Vorname (evtl. früherer Name)

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

(z. B. Person, die für meine Wohnung / Zweitwohnung / Büro / Garage einen Schlüssel besitzt)

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
Telefon / Handy	E-Mail

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
Telefon / Handy	E-Mail

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
Telefon / Handy	E-Mail





.....
Name des Hausarztes

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon / Handy

ANDERE ÄRZTE, BEI DENEN ICH IN STÄNDIGER BEHANDLUNG BIN:

.....
Name des Arztes

.....
Anschrift der Praxis

.....
Fachrichtung

.....
Telefon

.....
Name des Arztes

.....
Anschrift der Praxis

.....
Fachrichtung

.....
Telefon

.....
Name des Arztes

.....
Anschrift der Praxis

.....
Fachrichtung

.....
Telefon

APOTHEKE

.....
Name der Apotheke

.....
Anschrift der Apotheke

.....
Telefon

AMBULANTER PFLEGEDIENST

.....
Name des Pflegedienstes

.....
Anschrift des Pflegedienstes

.....
Telefon





Ärztlicher Notfalldienst:	112 www.passau.de/notrufdienste
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern:	116 117
Feuerwehr:	Notruf 112
Rettungsdienst/Krankentransport:	Notruf 112
Polizei, Überfall:	Notruf 110 , 0851/951-10
Giftnotrufzentrale:	Nürnberg 0911/398-245-1 München 089/192-40
Ambulanter Pflegedienst:
Pfarramt
Telefonseelsorge: (Tag und Nacht)	katholisch 0800/111-022-2 evangelisch 0800/111-011-1
Hospizverein Passau: (Montag bis Freitag 9 – 12 Uhr)	0851/200 947 90 Notruf Handy 0173/680 92 86
Alzheimer-Telefon: (Montag bis Donnerstag 9 – 18 Uhr, Freitag 9 – 15 Uhr)	030/259-37-95-14 oder 01803/17-10-17
Hilfe für Trauernde:	0851/363-61 oder 0851/34337
Fach- und Anlaufstelle für ältere Menschen:	0851/396-236
Nachbarschaftshilfe:	0851/396-236
Betreuungsstelle Stadt Passau:	0851/396-725 oder -726
EC-Kartensperrung:	116 116





Notfallnummern im Visitenkartenformat zur Aufbewahrung in der Börse

Kärtchen einfach an den gestrichelten Linien entlang ausschneiden und an der markierten Stelle umknicken.

<p>Ärztlicher Notdienst 112</p> <p>Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117</p> <p>Rettungsleitstelle, Notarzt, Feuerwehr 112</p> <p>Schlaganfall-Telefon 112</p> <p>Polizei 110</p> <p>Hospizverein 0851/200 947 90</p>	<p>Ärztlicher Notdienst 112</p> <p>Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117</p> <p>Rettungsleitstelle, Notarzt, Feuerwehr 112</p> <p>Schlaganfall-Telefon 112</p> <p>Polizei 110</p> <p>Hospizverein 0851/200 947 90</p>	<p>Ärztlicher Notdienst 112</p> <p>Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117</p> <p>Rettungsleitstelle, Notarzt, Feuerwehr 112</p> <p>Schlaganfall-Telefon 112</p> <p>Polizei 110</p> <p>Hospizverein 0851/200 947 90</p>
<p>hier knicken</p> <p>Betreuungsstelle der Stadt Passau 0851/396-726</p> <p>Nachbarschaftshilfe (Mo, Mi, Do, Fr 8.30 - 12.30 Uhr) 0851/396-236</p> <p>Fach- und Anlaufstelle für ältere Menschen (Mo, Di, Do, Fr 8 - 12.30 Uhr) 0851/396-236</p>	<p>hier knicken</p> <p>Betreuungsstelle der Stadt Passau 0851/396-726</p> <p>Nachbarschaftshilfe (Mo, Mi, Do, Fr 8.30 - 12.30 Uhr) 0851/396-236</p> <p>Fach- und Anlaufstelle für ältere Menschen (Mo, Di, Do, Fr 8 - 12.30 Uhr) 0851/396-236</p>	<p>hier knicken</p> <p>Betreuungsstelle der Stadt Passau 927-966/1580</p> <p>Nachbarschaftshilfe (Mo, Mi, Do, Fr 8.30 - 12.30 Uhr) 927-966/1580</p> <p>Fach- und Anlaufstelle für ältere Menschen (Mo, Di, Do, Fr 8 - 12.30 Uhr) 0851/396-236</p>





GESETZLICHE KRANKENKASSE

Name der Versicherung:

Sitz:

Tel.-Nr.:

Nr. der Versichertenkarte:

Versicherungskarte befindet sich:

Versicherungsunterlagen befinden sich:

PRIVATE KRANKENKASSE / KRANKENZUSATZVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Sitz:

Tel.-Nr.:

Nr. der Versichertenkarte:

Versicherungskarte befindet sich:

Versicherungsunterlagen befinden sich:

Beihilfeberechtigt (siehe Antrag) bei:

PRIVATE PFLEGEVERSICHERUNG / PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Sitz:

Tel.-Nr.:

Nr. der Versichertenkarte:

Versicherungskarte befindet sich:

Versicherungsunterlagen befinden sich:





BLUTGRUPPE

Blutgruppenausweis vorhanden: ja nein

Blutgruppenausweis befindet sich:

IMPFUNGEN

ja nein

Impfbuch vorhanden: ja nein

Impfbuch befindet sich:

Impfung gegen:

ALLERGIEN

ja nein

Allergiepass vorhanden: ja nein

Allergiepass befindet sich:

Allergie gegen:

DIABETES

ja nein

Insulin: ja nein

Tabletten: ja nein

Ausweis vorhanden: ja nein

Ausweis befindet sich:

ANFALLSLEIDEN

ja nein

nähere Beschreibung:

.....





IMPLANTATE

ja

nein

Art des Implantats
z. B. Herzschrittmacher, Knie-
gelenk, Hüftgelenk, Auge,
Zähne, usw.

.....

.....

.....

TRANSPLANTATIONEN

ja

nein

Art der Transplantation
und weitere Angaben

.....

.....

.....

BLUTGERINNUNGSHEMMENDE SUBSTANZEN (MARCUMAR ETC.)

ja

nein

falls ja, welche

.....

.....

RÖNTGENPASS

ja

nein

Röntgenpass befindet sich:

.....

ORGANSPENDEAUSWEIS

ja

nein

Ausweis befindet sich:

.....

.....

Infos unter www.organspende-info.de





SCHWERBEHINDERUNGEN

ja

nein

Art / Grad der Behinderung:

Gültigkeitsdauer Bescheid / Ausweis:

Ausweis befindet sich:

Merkzeichen:

Behandelnder Arzt / Telefonnummer:

AMBULANTE BEHANDLUNGEN

Datum (von / bis)	Grundlegende Diagnose	Einrichtung / Arzt (Name, Ort)

STATIONÄRE BEHANDLUNGEN

Operation	Medikamente	Einrichtung / Arzt (Name, Ort)

DAUERMEDIKATION

ja

nein

Name des Medikaments (wann einzunehmen, etc.)
.....
.....

SONSTIGES

.....
.....





STERBEGELDVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Versicherungssumme (falls Angabe gewünscht):

Bezugsberechtigter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

LEBENSVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Versicherungssumme (falls Angabe gewünscht):

Bezugsberechtigter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Versicherungssumme (falls Angabe gewünscht):

Bezugsberechtigter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....





UNFALLVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Versicherungssumme (falls Angabe gewünscht):

Bezugsberechtigter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

KFZ-VERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:





HAUSRATVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

GEBÄUDEVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

FEUERVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Örtlicher zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

WEITERE VERSICHERUNGEN

(z. B. Rechtsschutz-, Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Sturmschäden-, Glasversicherung, Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....



GRUNDBESITZ

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich:

.....

.....

.....

.....



KONTEN

Bank

IBAN

BIC

Kontoart

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Bank

IBAN

BIC

Kontoart

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Bank

IBAN

BIC

Kontoart

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Bank

IBAN

BIC

Kontoart

außer mir ist verfügungsberechtigt:



WEITERE KONTEN

IBAN BIC

IBAN BIC

IBAN BIC

IBAN BIC

BAUSPARVERTRÄGE

Nr. bei

Die Unterlagen befinden sich

Nr. bei

Die Unterlagen befinden sich

WERTPAPIERE, AKTIEN, SONSTIGE VERMÖGENSGEGENSTÄNDE

.....

.....

.....

.....

.....

BANKSCHLISSFACH

Geldinstitut:

Schließfachnummer:

außer mir ist verfügbarechtig:



KONTOVOLLMACHT

Ich habe für folgende Konten **Vollmacht über den Tod hinaus** ausgestellt auf:

.....
 (Name, Vorname, Geburtsdatum)

IBAN (oder Konto-Nr.) BIC (oder Bank)

IBAN (oder Konto-Nr.) BIC (oder Bank)

Die Vollmacht befindet sich

.....

VERBINDLICHKEITEN



Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich

Folgende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, etc. sind veranlasst:

.....

Bezugsberechtigter:

Zahlungsweise (monatlich, jährlich, etc.):





ICH BIN MITGLIED BEI FOLGENDEN VEREINEN UND ORGANISATIONEN

(z. B. Verbände, Gewerkschaften, etc.)

ICH HABE FOLGENDE ZEITUNGEN UND ZEITSCHRIFTEN ABONNIERT

RUNDFUNK UND FERNSEHEN

Mitgliedsnummer beim ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservice (ehem. GEZ)





TELEFON UND INTERNET

Anbieter:

Kundennummer:

STROM

Anbieter:

Kundennummer:

GAS

Anbieter:

Kundennummer:

WASSER

Anbieter:

Kundennummer:

SONSTIGE VERTRÄGE

Anbieter:

Kundennummer:

Anbieter:

Kundennummer:

Anbieter:

Kundennummer:

Anbieter:

Kundennummer:





Hersteller/Typ:

Kfz-Kennzeichen: Standort:

Kfz-Versicherung:
Versicherungsgesellschaft *Versicherungsnummer*

Fahrzeugunterlagen befinden sich

Versicherungsunterlagen befinden sich

Hersteller/Typ:

Kfz-Kennzeichen: Standort:

Kfz-Versicherung:
Versicherungsgesellschaft *Versicherungsnummer*

Fahrzeugunterlagen befinden sich

Versicherungsunterlagen befinden sich

INSASSENVERSICHERUNG

ja

nein

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Versicherungsnummer

VERKEHRSRECHTSSCHUTZVERS.

ja

nein

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Versicherungsnummer





ICH HABE FOLGENDE E-MAIL-ADRESSEN

E-Mail: Anbieter:

E-Mail: Anbieter:

E-Mail: Anbieter:

ICH HABE KONTEN / ZUGÄNGE BEI FOLGENDEN INTERNETSEITEN

(z. B. Online-Shop, Social Media, Zeitschriften online Abo-Bereich, Versicherungsplattform, etc.)

.....
Internetseite / Plattform *Benutzername*

.....
Internetseite / Plattform *Benutzername*

.....
Internetseite / Plattform *Benutzername*

.....
Internetseite / Plattform *Benutzername*

.....
Internetseite / Plattform *Benutzername*

.....
Internetseite / Plattform *Benutzername*

.....
Internetseite / Plattform *Benutzername*

.....
Internetseite / Plattform *Benutzername*

MEIN HANDY MIT DIESER NUMMER IST MIT FOLGENDER PIN ZU ÖFFNEN

.....
Handynummer *PIN*





FAMILIENSTAND

Ehegemeinschaft:

.....
Evtl. frühere/r Name/n des Ehegatten

.....
Wohnung des Ehegatten

.....
Telefonnummer des Ehegatten

.....
Handy des Ehegatten

.....
Güterstand, Ehevertrag

.....
Verwahrung des Ehevertrags

Bei Scheidung:

.....
Datum, Gericht

.....
Verwahrung des Scheidungsurteils

Bei eingetragener Lebenspartnerschaft:

.....
Name / Vorname/n des Partners

.....
Vermögensstand

.....
Verwahrung des Partnerschaftsvertrags





KINDER UND DEREN KINDER

(Name, Vorname/n, Geburtstag, -ort, Adresse, Telefonnummer)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ELTERN UND GESCHWISTER

(Name, Vorname/n, Geburtstag, -ort, Adresse, Telefonnummer)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





FOLGENDE PERSONEN SIND VON AMTS WEGEN MIT MEINER BETREUUNG VERTRAUT

Berufsbetreuer:

(Name, Vorname/n, Telefonnummer, Handynummer, Aufgabenkreis, Betreuer/in seit)

Ehrenamtliche Betreuer:

(Name, Vorname/n, Telefonnummer, Handynummer, Aufgabenkreis, Betreuer/in seit)





ARBEITNEHMER

.....
Tätigkeit/en

.....
Personalnummer

.....
Name des Arbeitgebers

.....
Adresse des Arbeitgebers: Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefonnummer

BEI SELBSTSTÄNDIGKEIT

.....
Name der Firma

.....
Anschrift der Firma: Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefonnummer

.....
Handelsregister, Finanzamt

VERSICHERUNG

.....
Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

.....
Berufsunfähigkeitsversicherung





ALTERSRENTE / DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG

Versicherungsträger (Name, Anschrift):

Versicherungsnummer:

Rentenbescheid vom

Unterlagen befinden sich

BETRIEBSRENTE / ZUSATZRENTE

Versicherungsträger (Name, Anschrift):

Versicherungsnummer:

Rentenbescheid vom

Unterlagen befinden sich

PRIVATE RENTENVERSICHERUNG UND RIESTERRENTE

Versicherungsträger (Name, Anschrift):

Versicherungsnummer:

Rentenbescheid vom

Unterlagen befinden sich

BEAMTENVERSORGUNG

Pensionsfestsetzende Behörde:

Personalnummer / Aktenzeichen:

Pensionierungsurkunde vom

Unterlagen befinden sich

WEITERE ALTERSVORSORGEN

(Art, Träger, Verwahrung, etc.)

.....
.....



VORBEREITENDE MASSNAHMEN FÜR EINE KRANKENHAUSEINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnorts, des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster / Hausnummerbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Stühle und Tische wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung des Arztes
- Krankenversichertenkarte (siehe S. 12 Notfallmappe)
- Ggf. Nachweis über Zusatzversicherungen (z. B. Chefarztbehandlung, Einzelzimmer)
- Toilettenartikel
- Kleidung
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe, Wecker
- Ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe, Stützstrümpfe
- Liste bisher einzunehmender Medikamente und aktueller Medikamentenplan
- Restpackungen der Medikamente mitnehmen
- Kopie medizinischer Daten (S. 11-13 Notfallmappe) und vorliegende Pässe (z. B. Allergiepass)
- Personalausweis oder Reisepass
- Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen, Freunde
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Ggf. Pflegedienst benachrichtigen
- Gegen Langeweile z. B. Buch, Magazin, Rätselheft, MP3-Player

Wertsachen sollten besser daheim bleiben!





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

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
4. Überlegen, ob Aschenbeisetzung oder Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab.
5. Pfarramt informieren und Termine absprechen.
6. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen.
Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
 - Personalausweis/Reisepass des/der Verstorbenen (zu finden:)
 - Todesbescheinigung (von Hausarzt oder Krankenhaus)
 - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten (zu finden:)
 - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten (zu finden:)
 - Evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet (zu finden:)
7. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt.
8. Evtl. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
9. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber des Verstorbenen und an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen.
10. Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen.
11. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und der Krankenkasse, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen.
12. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Internet, Strom, Gas, ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservice etc.), eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge und evtl. Kfz-Abmeldung.
13. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
14. Witwen-/Witwerrente beantragen – im Versicherungsamt der Stadt Passau (Tel. 0851/396-280, -275, -192), unbedingt telefonisch einen Termin vereinbaren und Ausweispapiere mitnehmen.
15. Evtl. Danksagungen bei den Tageszeitungen aufgeben.

Diese vorgenannten Tätigkeiten können Sie auch zum Großteil einem Bestattungsunternehmen übertragen. Dies ist natürlich mit Kosten verbunden.



MEINE PERSÖNLICHEN VORSTELLUNGEN FÜR MEINE BEERDIGUNG

Art der Bestattung (*Erd-, Feuer-, Urnenbestattung, anonyme Bestattung, Seebestattung*):

.....

Sarg (*Ausstattung meines Sarges, Einkleidung zur Sarglegung*):

.....

.....

Grab (*Beisetzungswunsch auf Friedhof, Bestand eines Grabnutzungsvertrages mit der Gemeinde / Kirchengemeinde, Grabpflege / Grabpflegevertrag, Wahlgrab / Reihengrab, Hinweis zur Aufbewahrung der Unterlagen*):

.....

.....

.....

Trauerfeier (*kirchlich, nicht kirchlich, Vorbereitungsgespräch mit welchem Pfarrer, Trauerredner, musikalische Gestaltung, Hinweis auf bereits bestehende Unterlagen und deren Aufbewahrungsort*):

.....

.....

.....

Traueranzeige (*wo veröffentlichen, ggf. keine*) / Trauerkarten (*ggf. Text, Gestaltung*):

.....

.....

.....

.....

Blumen und Kränze (*ggf. Geldspende statt Blumen, Hinweis auf Aufbewahrungsort weitere Anliegen*):

.....

.....

.....





BESTATTUNGSUNTERNEHMEN

Mit folgendem Bestattungsunternehmen wurde ein Vertrag geschlossen:

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

NACHLASSANGELEGENHEITEN



- Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.
- Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Mein Testament ist hinterlegt bei

.....

Mein Erbvertrag ist hinterlegt bei

.....

Weitere Vermächtnisse sind hinterlegt bei

.....

Meine Verfügungen über die Auflösung meines Haushalts, ggf. der Verbleib meiner Haustiere:

.....

.....





Viel zu wenige Menschen in Deutschland denken daran, Vorsorge für weniger gute Zeiten zu treffen – nämlich für den Fall, dass sie infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst wie gewohnt regeln können. Deshalb sollte sich jeder auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für ihn treffen soll, wenn er selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr hierzu in der Lage ist, und wie seine Wünsche und Vorstellungen Beachtung finden können.

Diese Frage wird leider von vielen verdrängt oder auf »später« hinausgeschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und darauf angewiesen zu sein, dass ein anderer für ihn spricht. Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Betreuungsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen. Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden. Bundesweit werden derzeit weit mehr als 1 Million Betreuungen geführt.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er unbeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt. Zumeist wird hier vorrangig an Ehegatten oder nahe Verwandte gedacht. Jedoch sollte berücksichtigt werden, dass der Vorgeschlagene evtl. aus Altersgründen später möglicherweise selbst nicht mehr in der Lage ist, diese Aufgabe zu übernehmen. Es kann sinnvoll sein, eine weitere Person an zweiter Stelle mit zu benennen. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, wird in Ihrem Regelungsbereich kein Betreuer bestellt (abgesehen von bestimmten Ausnahmefällen).

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

Um sicher zu stellen, dass Ihre erstellte Vorsorgevollmacht im Falle eines Falles auch sicher gefunden wird, haben Sie die Möglichkeit, diese bei der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) gegen eine geringe Gebühr registrieren zu lassen. Das Original der Vorsorgevollmacht bleibt bei Ihnen, der Ort der Aufbewahrung sollte dem Bevollmächtigten bekannt sein. Der Bevollmächtigte erhält eine Kopie. Wenn Sie nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht wünschen, wenden Sie sich bitte an die Betreuungsstelle unter der Telefonnummer 0851/ 396 280. Es besteht auch die Möglichkeit, Ihre Unterschrift auf einer Vorsorgevollmacht durch die Betreuungsstelle amtlich beglaubigen zu lassen.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau

Anschrift

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich

.....





Hinweis:

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

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

Diese Vorsorgevollmacht alleine wird nicht anerkannt.

Entweder eine Person hat einen Betreuerausweis und kann vollumfänglich handeln oder aber es wurde bereits im Vorfeld eine entsprechende Kontovollmacht **bei der jeweiligen Bank** erstellt, mit der die Person ebenfalls handlungsbefugt ist.

Eine Vollmacht, die zur Vertretung in Vermögensangelegenheiten befugt, darf keinen Zweifel am Eintritt der Wirksamkeit zulassen.

Schreiben Sie deshalb keinesfalls: „Für den Fall, dass ich selbst einmal nicht mehr handeln kann, soll an meiner Stelle...“ o. Ä. Damit bliebe für den Rechtsverkehr ungeklärt, ob diese Voraussetzung wirklich eingetreten ist. Es ist auch unzweckmäßig, die Gültigkeit der Vollmacht von ärztlichen Zeugnissen über den Gesundheitszustand abhängig zu machen. Dies würde wiederum Fragen aufwerfen, z.B. wie aktuell die Bescheinigung jeweils sein muss. Eine Vollmacht zu Vorsorge ist nur dann uneingeschränkt brauchbar, wenn sie an **keine Bedingungen** geknüpft ist.





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

.....
 (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)
 (Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
 (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

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

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. ja nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).*) ja nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. ja nein

*) Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, Nichterteilung oder der Widerruf der Erteilung dem Willen des Patienten (Vollmachtgeber) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).



• Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von der Schweigepflicht gegenüber Dritte entbinden.

ja nein

• Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB), einschließlich ärztlicher Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Abs. 1 BGB), und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1832 Abs. 4 BGB) und über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn ärztliche Zwangsmaßnahmen in Betracht kommen (§ 1832 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.*)

ja nein

•

.....

.....

ja nein

AUFENTHALT UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN

• Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.

ja nein

• Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.

ja nein

• Sie darf meinen Haushalt auflösen.

ja nein

• Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen.

ja nein

• Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

ja nein

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

ja nein

•

.....

.....

ja nein

*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).



VERMÖGENSSORGE

• Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich

ja nein

• über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.

ja nein

• Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

ja nein

• Verbindlichkeiten eingehen.

ja nein

• Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. **Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis auf Seite 37 der Notfallmappe.**

ja nein

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

ja nein

• Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können

.....

POST- UND FERNMELDEVERKEHR

• Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen, öffnen und lesen. Das gilt auch für E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja nein

DIGITALE MEDIEN

• Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderliche Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

ja nein

BEHÖRDEN

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

ja nein

VERTRETUNG VOR GERICHT

• Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten so wie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

ja nein



UNTERVOLLMACHT

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. ja nein

GELTUNG ÜBER DEN TOD HINAUS

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

REGELUNG DER BESTATTUNG

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

BETREUUNGSVERFÜGUNG

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

WEITERE REGELUNGEN

-
-
-

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ggf. Beglaubigung der Unterschriften durch die
Betreuungsstelle der Stadt Passau:
Die Unterschrift auf der vorstehenden Vorsorge-
vollmacht/Betreuungsverfügung wird beglaubigt.

.....
Ort, Datum

.....
Urkundsperson

Gebühr EURbezahlt





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

Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll).

Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.

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

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



Ich,
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

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

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

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

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

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

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

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten. ja nein

2.

3.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift





Insbesondere in der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die anderen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlung, künstliche Ernährung o. Ä. begonnen bzw. fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder wenigstens nur Besserung besteht?

Dies sind schwierige Fragen, über die sich jeder vorausschauend und abwägend eine Meinung bilden sollte. Wer sich dem nicht stellt, muss wissen, dass im Ernstfall andere für ihn entscheiden und hierbei mühsam versuchen werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln.

Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer Patientenverfügung. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden.

Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt zu besprechen.

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung. Die Patientenverfügung befindet sich

.....

.....

.....



Für den Fall, dass ich,

geboren am:

wohnhaft in:

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt
bzw. unten beigefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

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

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

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

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

3. In allen unter Nr. 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich folgendes ab:

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



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

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene)
- Keine Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativ medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)

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

- Ich wünsche eine Begleitung

durch
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge

durch Hospizdienst

Organspende

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

- Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z. B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersage, ...

... geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

oder

... gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)





Bevollmächtigte(r)

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
Telefax

- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. ja nein

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

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Erläuterungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärenden Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

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

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

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Beglaubigung der Unterschriften durch die Betreuungsstelle der Stadt Passau





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

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
Telefax

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

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

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



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

.....
Name Geburtsdatum

.....
Straße

.....
Wohnort

.....
Name Geburtsdatum

.....
Straße

.....
Wohnort

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

.....
Name Geburtsdatum

.....
Straße

.....
Wohnort

.....
Name Geburtsdatum

.....
Straße

.....
Wohnort



Zum 01. Januar 2023 ist das Ehegattennotvertretungsrecht für ärztliche Behandlungen in Kraft getreten. Es handelt sich dabei um ein im Gesetz (§ 1358 BGB) neu verankertes Vertretungsrecht. Ehegatt:innen oder eingetragene Lebenspartner:innen können danach füreinander medizinische Entscheidungen treffen und Behandlungsverträge abschließen, wenn ein Ehegatte/eine Ehegattin aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit dazu nicht selbst in der Lage ist und keine Vorsorgevollmacht vorliegt.

Das Ehegattennotvertretungsrecht trifft nur bestimmte Bereiche und gilt zeitlich eingeschränkt für sechs Monate. Das Vertretungsrecht endet, wenn dessen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, spätestens aber sechs Monate nach dem von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin bestätigten Datum.

Es ist jedoch weiterhin anzuraten, eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht zu erstellen, um den Willen des Ausstellers eindeutig zu dokumentieren.





Persönliche Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ÜBERSICHT

Verzeichnis der erteilten Vollmachten und Verfügungen

Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum
Kontovollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum
.....		
Bank, Konto			Datum
.....		
Bank, Konto			Datum
.....		
Bank, Konto			Datum



Lined area for taking notes.



