

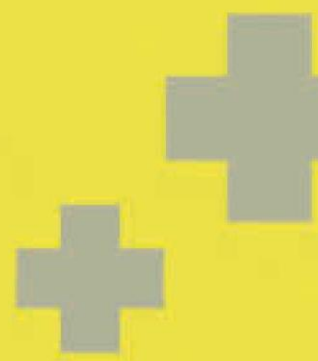
NOTFALLMAPPE



STADT
STRAUBING



BARMHERZIGE BRÜDER
Klinikum St. Elisabeth
Straubing



NOTFALLMAPPE

NAME, VORNAME:

GEBURTSDATUM:

Inhaltsverzeichnis

<u>Vorwort</u>	<u>3</u>
<u>Wichtige Rufnummern</u>	<u>4</u>
<u>Persönliche Daten</u>	<u>5</u>
<u>Im Notfall zu benachrichtigen</u>	<u>5</u>
<u>Hausarzt</u>	<u>6</u>
<u>Apotheke</u>	<u>6</u>
<u>Ambulanter Pflegedienst</u>	<u>6</u>
<u>Krankenversicherung</u>	<u>7</u>
<u>Medizinische Daten</u>	<u>8</u>
<u>Versicherungen</u>	<u>10</u>
<u>Vermögensaufstellung</u>	<u>12</u>
<u>Verbindlichkeiten</u>	<u>14</u>
<u>Renten</u>	<u>15</u>
<u>Mitgliedschaften, Abonnements</u>	<u>16</u>
<u>Bestehende Verträge</u>	<u>16</u>
<u>Kraftfahrzeuge</u>	<u>17</u>
<u>Digitale Medien/Registrierungen</u>	<u>18</u>
<u>Krankenhauseinweisung</u>	<u>19</u>
<u>Checkliste für den Todesfall</u>	<u>20</u>
<u>Nachlassangelegenheiten</u>	<u>21</u>
<u>Vorsorgevollmacht</u>	<u>22</u>
<u>Patientenverfügung</u>	<u>28</u>
<u>Notizen</u>	<u>33</u>
<u>Impressum</u>	<u>34</u>

Vorwort

Oft verändert ein Unfall oder eine Krankheit das ganze Leben. In dieser Situation taucht häufig die Frage auf, ob der Betroffene alles für sich selbst und gegenüber den Angehörigen geregelt hat.

Wer klug ist, sorgt vor – so sagt der Volksmund. Deshalb sollten Sie in jeder Lebenslage sicher sein können, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird: mit klaren Handlungsanweisungen und allen nötigen Informationen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern für den Notfall. Eingehftet sind aber auch Vordrucke, auf denen Sie, Ihr Hausarzt oder ein ambulanter Pflegedienst, regelmäßig erforderliche Medikamente, Allergien oder Versicherungsdaten eintragen können.

Machen Sie von diesem Angebot Gebrauch. Erneuern Sie regelmäßig die Einträge und bewahren sie diese Mappe leicht erreichbar, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihren Versicherungsunterlagen, auf und weisen Sie Ihre nächsten Angehörigen auf diese Mappe hin.

Gut vorgesorgt zu haben gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen. Weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf die Möglichkeit einer Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Menschen, sondern auch für jüngere Sinn macht.

Mein Dank gilt dem Seniorenbeirat der Stadt Straubing, der diese Notfallmappe federführend erstellt hat.

Ich hoffe, die Notfallmappe gibt Ihnen das Gefühl, einige wichtige Dinge besser geregelt zu haben und ich wünsche Ihnen, dass Sie gesund bleiben und Ihre persönliche Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommt.

Mit herzlichem Gruß

Ihr



Markus Pannermayr
Oberbürgermeister

Wichtige Rufnummern

Ärztliche Bereitschaftspraxis	116 117
Feuerwehr	Notruf 112
Rettungsdienst	Notruf 112
Polizei, Überfall	Notruf 110
Giftnotrufzentrale	0911 3982451 oder 089 19240
Krankentransport	09421 - 19222
Stadtverwaltung	09421 – 944-0
ambulanter Pflegedienst	_____
Pfarramt: evangelisch	_____
katholisch	_____
Telefonseelsorge (Tag und Nacht)	0800 1110-222 (katholisch) 0800 1110-111 (evangelisch)
EC – Kartensperrung	116 116

Sonstige wichtige Rufnummern:

Persönliche Daten

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
------------------	--------------

Familienstand	Konfession
---------------	------------

Telefon/Mobil	E-Mail
---------------	--------

Im Notfall zu benachrichtigen

» Ansprechpartner 1

Name	Vorname
------	---------

Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
------------------	--------------

Telefon / Mobil / E-Mail

» Ansprechpartner 2

Name	Vorname
------	---------

Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
------------------	--------------

Telefon/ Mobil/ E-Mail

Hausarzt

Name des Arztes

Anschrift

Telefon

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

»

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefon

»

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefon

Apotheke

Name der Apotheke

Anschrift

Telefon

Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Telefon

Anschrift

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse

Name der Versicherung:

Sitz:

Nr. der Versichertenkarte:

Versicherungskarte befindet sich:

Private Krankenkasse / Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung:

Sitz:

Nr. der Versichertenkarte:

Versicherungskarte befindet sich:

Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherung:

Sitz:

Nr. der Versichertenkarte:

Versicherungskarte befindet sich:

Medizinische Daten

Blutgruppe:

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:

Medizinische Daten

Implantate ja nein

Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.):

Transplantationen ja nein

Art der Transplantation und weitere Angaben:

Blutgerinnungshemmende Substanzen

ja nein

falls ja, welche (z.B. Marcumar):

Organspendeausweis ja nein

Ausweis befindet sich:

Schwerbehinderungen ja nein

Grad der Behinderung:

Art der Behinderung:

Sonstiges

Versicherungen

(Angaben ergänzen und regelmäßig aktualisieren)

Sterbegeldversicherung:

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

Versicherungsnummer:

Lebensversicherung:

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

Versicherungsnummer:

Unfallversicherung:

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

Versicherungsnummer:

Privathaftpflichtversicherung:

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

Versicherungsnummer:

Hausratversicherung:

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

Versicherungsnummer:

Kfz-Versicherung:

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

Versicherungsnummer:

Gebäudeversicherung:

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

Versicherungsnummer:

Feuerversicherung

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

Versicherungsnummer:

Weitere Versicherungen

(z.B. Pflege-, Rechtsschutz-, Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Glasversicherung etc.)

Vermögensaufstellung

Grundbesitz:

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich:

Girokonten:

Girokonto-Nr.:

bei der Bank

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Girokonto-Nr.:

bei der Bank

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Sparkonten:

Sparbuch/Konto-Nr.:

bei der Bank:

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Das Sparbuch befindet sich:

Sparbuch/Konto-Nr.:

bei der Bank:

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Das Sparbuch befindet sich:

Sparbuch/Konto-Nr.:

bei der Bank:

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Das Sparbuch befindet sich:

Weitere Konten

bei Bank	Konto-Nr.	Kontoart
----------	-----------	----------

bei Bank	Konto-Nr.	Kontoart
----------	-----------	----------

bei Bank	Konto-Nr.	Kontoart
----------	-----------	----------

Bausparvertrag

Nr.	bei
-----	-----

Die Unterlagen befinden sich

Nr.	bei
-----	-----

Die Unterlagen befinden sich

Wertpapiere, Aktien, sonstige Vermögensgegenstände:

Bankschließfach

Geldinstitut:

Schließfachnummer:

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Der Schlüssel befindet sich:

Konto-Vollmachten:

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Konto-Nr.

bei Bank

Konto-Nr.

bei Bank

Die Vollmacht befindet sich:

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich:

Rente

Altersrente

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Betriebsrente/Zusatzrente

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Witwen-/Witwerrente

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Private Rentenversicherung und Riesterrente

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde:

Personalnummer/Aktenzeichen:

Mitgliedschaften, Abonnements

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

Rundfunk und Fernsehen

_____ Mitgliedsnummer des
Rundfunkbeitrages (vormals Gebühreneinzugszentrale)

Bestehende Verträge

Telefon und Internet

Anbieter:

Kundennummer:

Strom, Gas, Wasser

Anbieter:

Kundennummer:

Sonstige:

Anbieter:

Kundennummer:

Kraftfahrzeuge

» Hersteller/Typ:

Kfz-Kennzeichen:

Standort:

Kfz-Versicherung:

Versicherungsgesellschaft

Versicherungs-Nr.

» Hersteller/Typ:

Kfz-Kennzeichen:

Standort:

Kfz-Versicherung:

Versicherungsgesellschaft

Versicherungs-Nr.

» Hersteller/Typ:

Kfz-Kennzeichen:

Standort:

Kfz-Versicherung:

Versicherungsgesellschaft

Versicherungs-Nr.

Digitale Medien / Registrierungen

(E-Mails / soziale Netzwerke, z. B. Facebook, WhatsApp, GMX.de, Amazon, etc.)

» Internetseite/Account:

Benutzername:

Passwort:

» Internetseite/Account:

Benutzername:

Passwort:

» Internetseite/Account:

Benutzername:

Passwort:

» Internetseite/Account:

Benutzername:

Passwort:

» Internetseite/Account:

Benutzername:

Passwort:

» Internetseite/Account:

Benutzername:

Passwort:

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- bei Anforderung des Krankentransportes **genaue** Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis
- Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere etc.)
- gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

Checkliste „Erste Schritte bei einem Todesfall“

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

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung
4. Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung, Reihen- oder Familiengrab
5. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt Straubing (Tel.: 09421/944-64211) oder Standesamt des Sterbeortes beantragen. Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
 - Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
 - Todesbescheinigung
 - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
 - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
 - evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wiederverheiratet.
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes festgelegt und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Termine und Beerdigungsmodalitäten mit zuständigem Pfarramt absprechen
8. Nach Wunsch Blumenschmuck beauftragen
9. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
10. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen
11. Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen
12. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen einschl. Versorgungs- und Rententräger bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen
13. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ etc.) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge
14. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
15. Witwen/Witwerrente beantragen – bei Ihrer Gemeinde- oder Stadtverwaltung

Nachlassangelegenheiten

- Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.
- Mein Testament ist hinterlegt bei:

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:

Vorsorgevollmacht

Immer mehr 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. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich ein Betreuer nicht bestellt werden.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, **dem er uneingeschränkt vertraut**, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine **Vorsorgevollmacht** als rechtlichen Vertreter bestimmt. Hier findet allerdings keine direkte Kontrolle der bevollmächtigten Person statt. So kann seitens der Behörde ein Missbrauch nicht vorbeugend verhindert werden.

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.

Es besteht auch die Möglichkeit, Ihre Unterschrift auf einer Vorsorgevollmacht durch die Betreuungsstelle amtlich beglaubigen zu lassen.

Hinweis:

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

Wenn zur Vorsorgevollmacht nähere Informationen gewünscht werden, wenden Sie sich bitte an die Betreuungsstelle (Tel.: 09421/944-70460, 70461 od. 70462) der Stadt.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau _____

Anschrift _____

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich _____

Es gibt eine Broschüre "Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter" vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz, in der Sie Informationen und Vordrucke zu allen Themen der Vorsorge finden. Sie können diese im Buchhandel erwerben sowie im Internet direkt (kostenlos) herunterladen.

VOLLMACHT

Ich, (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

.....
 Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
 Adresse, Wohnsitzland, Telefon, 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 werde.

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

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja Nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB).* Ja Nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebens-verlängernder Maßnahmen erteilen.* Ja Nein

* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt **kein** Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 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 ihrerseits mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ja Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse 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 die 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 (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja Nein
- 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
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen Ja Nein
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Ja Nein
 - Verbindlichkeiten eingehen** Ja Nein

* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2, 4 und 5 BGB).

** Zur Aufnahme von Darlehen ist der Bevollmächtigte nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde.

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Ja Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). Ja Nein
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

.....

.....

Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. 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, insbesondere Benutzerkonten (z. B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. Ja Nein

Behörden

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

Vertretung vor Gericht

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

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. Ja Nein

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 vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. Ja Nein

Weitere Regelungen

.....
.....

.....
Ort, Datum *Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers*

.....
Ort, Datum *Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers*

Patientenverfügung

Insbesondere in der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die den nächsten Angehörigen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlung, künstliche Ernährung oder ähnliches 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.

Wir empfehlen eine Beratung zur Patientenverfügung beim Hausarzt.

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung. Die Patientenverfügung befindet sich _____

Es gibt eine Broschüre "Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter" vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz, in der Sie Informationen und Vordrucke zu allen Themen der Vorsorge finden. Sie können diese im Buchhandel erwerben sowie im Internet direkt (kostenlos) herunterladen.

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich

geboren am:

wohnhaft in:

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

(Zutreffendes habe
ich hier angekreuzt
bzw. eingefügt)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- 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 oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
-

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

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

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

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).

3. In den unter Nummer 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 Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine künstliche Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.

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

- Ich wünsche eine Begleitung
durch
-
-
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. Ja Nein
- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja Nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja Nein

Sofern dieser Patientenverfügung **Persönliche Ergänzungen** mit u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende (**Patientenverfügung und Organspende oder** „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.

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).

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

.....
 Ort, Datum *Unterschrift*

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

Ort	Datum	<i>Unterschrift</i>

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name

Adresse

Telefon E-Mail

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

.....
 Name Adresse

.....
 Ort, Datum Telefon, E-Mail *Unterschrift der/des Beratenden*

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

Sollte zusätzlich eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** gemäß § 1828 Abs.2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Adresse, Telefon, E-Mail:

.....

.....

(bitte wenden)

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).

Folgende Person/en soll/en **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Adresse, Telefon, E-Mail:

.....

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Adresse, Telefon, E-Mail:

.....

.....

Notizen:

Impressum

Herausgeber Stadt Straubing, Theresienplatz 2, 94315 Straubing, [Tel:09421/944-0](tel:09421/944-0)

E-Mail poststelle@straubing.de

Internet www.straubing.de

Redaktion Seniorenbeirat Stadt Straubing
Betreuungsstelle Stadt Straubing
Fachstelle Senioren Stadt Straubing
Am Platzl 31, 94315 Straubing

Druck Dimetria – VdK gemeinnützige GmbH

Stand Februar 2023

Auflage 7. Auflage