



Notfallmappe

für

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Wichtige Rufnummern	4
Persönliche Daten	5
Im Notfall zu benachrichtigen	5
Hausarzt	6
Apotheke	6
Ambulanter Pflegedienst	6
Krankenversicherung	7
Medizinische Daten	8
Blutgruppe, Impfungen, Allergien, Diabetes	8
Anfallsleiden, Implantate, Transplantationen, Blutgerinnungshemmer	9
Organspendeausweis, Schwerbehinderungen, Sonstiges	10
Versicherungen	11
Vermögensaufstellung	14
Verbindlichkeiten	17
Renten	18
Mitgliedschaften, Abonnements	19
Bestehende Verträge	20
Telefon, Internet, Strom, Gas, Wasser	
Kraftfahrzeuge	20
Digitale Medien / Registrierungen	21
Krankenhauseinweisung	22
Notizen	23
Checkliste für den Todesfall	24
Nachlassangelegenheiten	25
Vorsorgevollmacht	26
Vollmacht zum Heraustrennen	27
Hinweis zur Konto-Depotvollmacht, Notfallkarte	31
Patientenverfügung Einleitung	32
Patientenverfügung zum Heraustrennen	33
Notizen	38
Impressum	39

Vorwort



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

es kann ein Unfall sein, eine Krankheit oder einfach das Alter – und plötzlich ist man auf Hilfe angewiesen. Keiner beschäftigt sich gerne mit Situationen, von denen man hofft, dass sie nie eintreten. Dennoch ist es sinnvoll, das Thema Vorsorge anzugehen, solange man gesund ist.

Unser Sachgebiet Hilfen in schwierigen Lebenslagen - Pflegestützpunkt Plus im Landkreis Regensburg berät und unterstützt Menschen in Situationen, in denen Krankheit oder Pflegebedarf auftreten. Aus diesem Erfahrungsschatz heraus haben wir die Notfallmappe erstellt.

Sie brauchen diese nur auszufüllen und von Zeit zu Zeit aktualisieren. Damit stellen Sie Ihren Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen alle wichtigen Informationen kompakt zur Verfügung und haben diese selbst immer griffbereit.

Sie können zudem mit Hilfe der Vorsorgevollmacht, die sich in der Notfallmappe befindet, eine umfassende rechtliche Vorsorge treffen. Ausgefüllt bedeutet diese Vollmacht in Krisensituationen eine große Entlastung für Sie selbst, Ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen. Damit können Sie bereits jetzt sicherstellen, dass im Ernstfall sämtliche Entscheidungen schnell und innerhalb der Familie getroffen werden können. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beraten Sie dazu gerne.

Wir beobachten auch, dass immer mehr Menschen im Alter auf außerfamiliäre Hilfe angewiesen sind, wenn es darum geht, alltägliche Aufgaben zu meistern. Dafür gibt es zahlreiche professionelle Angebote. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben hier einen guten Überblick. Sie helfen Ihnen, die passenden Hilfen zu finden und die Finanzierung dieser Hilfen zu beantragen.

Am Ende der Notfallmappe finden Sie die jeweiligen Ansprechpartner mit Kontaktdaten. Kommen Sie auf uns zu! Für Ihre Fragen haben wir ein offenes Ohr.

Ihre

Tanja Schweiger
Landrätin

Wir bedanken uns ganz herzlich beim Landratsamt Schwandorf, das erstmals eine Notfallmappe in dieser Art erstellt hat. Diese Notfallmappe diente als Vorbild für diese Broschüre.

Wichtige Rufnummern

Sachgebiet Hilfen in schwierigen
Lebenslagen - Pflegestützpunkt Plus
im Landkreis Regensburg

0941 4009 711

Ärztlicher Bereitschaftsdienst:

116 117

Feuerwehr:

Notruf 112

Rettungsdienst:

Notruf 112

Polizei, Überfall:

Notruf 110

Giftnotrufzentrale:

089 19240

Krankentransport:

19222

Ambulanter Pflegedienst:

Stadt- / Gemeindeverwaltung:

Pfarramt:

Telefonseelsorge (Tag und Nacht):

0800 1110-222 (katholisch)

0800 1110-111 (evangelisch)

EC-Kartensperrung:

116116

Persönliche Daten

>

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

Im Notfall zu benachrichtigen

>

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

>

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

Hausarzt

>

Name des Arztes

Straße, Haus-Nr. PLZ Ort

Telefon / Handy

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

>

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung Telefon

>

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung Telefon

>

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung Telefon

Apotheke

>

Name der Apotheke Telefon

Straße, Haus-Nr. PLZ Ort

Ambulanter Pflegedienst

>

Name des Pflegedienstes Telefon

Straße, Haus-Nr. PLZ Ort

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse

Name der Versicherung: _____

Sitz: _____

Tel.-Nr.: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____

Private Krankenkasse / Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung: _____

Sitz: _____

Tel.-Nr.: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____

Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherung: _____

Sitz: _____

Tel.-Nr.: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____

Medizinische Daten

Blutgruppe

Impfungen

 ja nein

Impfbuch vorhanden:

 ja neinImpfbuch befindet sich:

Impfung gegen:

Allergien

 ja nein

Allergiepass vorhanden:

 ja neinAllergiepass befindet sich:

Allergie gegen:

Diabetes

 ja nein

Insulin:

 ja nein

Tabletten:

 ja nein

Ausweis vorhanden:

 ja neinAusweis befindet sich:

Medizinische Daten

Anfallsleiden ja nein

nähere Beschreibung:

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

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

ja nein

Medizinische Daten

Organspendeausweis ja nein

Ausweis befindet sich:

Schwerbehinderungen ja nein

Grad der Behinderung:

Art der Behinderung:

Sonstiges:

Versicherungen (Angaben 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: _____

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: _____

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. Rechtsschutz-, Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Glasversicherung etc.):

Vermögensaufstellung

Grundbesitz

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich:

Girokonten

IBAN:

BIC:

bei der Bank:

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

IBAN:

BIC:

bei der Bank:

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Sparkonten

IBAN:

BIC:

bei der Bank:

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Das Sparbuch befindet sich:

IBAN:

BIC:

bei der Bank:

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Das Sparbuch befindet sich:

IBAN:

BIC:

bei der Bank:

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Das Sparbuch befindet sich:

Weitere Konten

IBAN: _____ BIC: _____

IBAN: _____ BIC: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bausparverträge

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: _____

Kontovollmacht

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

>

Name, Vorname	Geburtsdatum
IBAN:	BIC:
IBAN:	BIC:

Die Vollmacht befindet sich:

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich:

Renten

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 Rundfunkbeitrags (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.

Digitale Medien / Registrierungen

(E-Mails / soziale Netzwerke / WhatsApp / Amazon / etc.)

Internetseite / Account:

Benutzername:

Passwort:

Internetseite / Account:

Benutzername:

Passwort:

Internetseite / Account:

Benutzername:

Passwort:

Internetseite / Account:

Benutzername:

Passwort:

Internetseite / Account:

Benutzername:

Passwort:

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten.
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).
- Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- Krankenversicherungskarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente und aktueller Medikamentenplan
- 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 und überlegen, ob Aschenbeisetzung oder Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab.
4. Pfarramt informieren und Termine absprechen.
5. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus 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 wieder verheiratet.
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. Evtl. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber des Verstorbenen und an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen.
9. Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen.
10. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und der Krankenkasse, bei welchen/welcher für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen.

11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Internet, Strom, Gas, GEZ etc.), eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge und evtl. Kfz-Abmeldung.
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
13. Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Fragen an die Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung, Gabelsbergerstraße 7, 93047 Regensburg, Tel. 0800/100048015, wenden. Bei Vorsprachen in der Beratungsstelle unbedingt telefonisch einen Termin vereinbaren und Ausweispapiere mitnehmen.
14. Evtl. Danksagungen bei den Tageszeitungen aufgeben.

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

Nachlassangelegenheiten

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

Besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag? ja nein

Wo wurde dieser abgeschlossen?

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:

Vorsorgevollmacht

In Deutschland gibt es mehrere Möglichkeiten, damit bei vorübergehender oder dauerhafter Erkrankung oder aufgrund eines Unfalls eine andere Person für Sie rechtlich handeln kann - entweder durch eine gesetzliche Betreuung, eine Betreuungsverfügung oder eine (Vorsorge-) Vollmacht.

Während bei den ersten beiden Optionen das Betreuungsgericht eingebunden ist, können Sie eine Vollmacht ohne gerichtliches Verfahren erteilen, solange Sie geschäftsfähig sind.

Einsetzen sollten Sie hier eine Vertrauensperson. Diese kann daraufhin im Bedarfsfall für Sie unter anderem Entscheidungen im Gesundheitsbereich, der Aufenthaltsbestimmung, der Vermögenssorge sowie den Post- und Behördenangelegenheiten treffen.

Auch nach einer Heirat ist zwischen den Eheleuten oder bei eingetragenen Lebenspartnerschaften kein umfassendes Vertretungsrecht gegeben, das heißt, es sollte trotzdem eine Vollmacht erstellt werden.

Die Vorsorgevollmacht ist widerrufbar, solange Sie geschäftsfähig sind. Zudem kann sie für 10,00 € bei der Betreuungsbehörde des Landratsamtes beglaubigt werden.

Wenn Sie zu diesen Themen nähere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an das Sachgebiet Hilfen in schwierigen Lebenslagen - Pflegestützpunkt Plus im Landkreis Regensburg unter der Telefonnummer 0941/4009-648.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau

Anschrift, Telefonnummer

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich:

Ich, _____ **(Vollmachtgeber/in)**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

_____ **(bevollmächtigte Person)**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

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

Fortsetzung Seite 2

1. 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 eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff 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 und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 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. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. ja nein
- Solange es erforderlich ist, darf sie
 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) ja nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB) ja neinentscheiden.
- _____
- _____
- _____

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ja nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ja nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. ja nein
- _____

Fortsetzung Seite 3

3. Behörden

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

4. 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 (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ja nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja nein
- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ja nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**) ja nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). ja nein
- _____
- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:
- _____
- _____

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
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 Vollmachtsteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Fortsetzung Seite 4

5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja nein

6. Vertretung vor Gericht

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

ja nein

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

ja nein

8. 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

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

ja nein

10. Weitere Regelungen

- _____

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Letzte Seite

Hinweis zur Konto-/Depotvollmacht

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.

Ihre Bank/Sparkasse ist gesetzlich verpflichtet, den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. Zur Erteilung der Konto-/Depotvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf.

Notfallkarte (für unterwegs)

Sollte eine Notfallsituation eintreten, habe ich

Name, Vorname geb.

Adresse

diese Dokumente vorsorglich erstellt:

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

(bitte Zutreffendes ankreuzen)



Folgende Person/en wurde/n von mir bevollmächtigt und soll/en benachrichtigt werden:

Name, Vorname Telefon

Adresse

Dieser Arzt soll kontaktiert werden:

Name, Vorname Telefon



Patientenverfügung

Jeder Mensch kann in eine Krankheitssituation kommen, die den nächsten Angehörigen schwierige Entscheidungen abverlangt, wenn der oder die Betroffene ihren bzw. seinen Willen nicht mehr (verständlich) äußern kann.

Sollen im Fall einer schweren Erkrankung lebensverlängernde Maßnahmen, z. B. Beatmung, Wiederbelebung oder künstliche Ernährung eingesetzt werden oder soll darauf verzichtet werden?

Um sicher zu sein, dass im Ernstfall die eigenen Wünsche beachtet werden und auch um die Angehörigen bei solchen Entscheidungen zu entlasten, empfiehlt sich die Erstellung einer schriftlichen Patientenverfügung.

Darin kann individuell festgelegt werden, in welchen konkreten Situationen man lebenserhaltende Maßnahmen ablehnt bzw. verlangt.

Eine Beratung hierzu bei Ihrer Hausärztin bzw. Ihrem Hausarzt ist anzuraten.

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

Ich,

geb. am:

wohnhaft:

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes:

Situationen, in denen diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 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 Ärztinnen oder 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 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.
- Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Krankheitszustände, die mit den oben angekreuzten Situationen vergleichbar sind, sollen analog beurteilt werden.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben angekreuzten Situationen verlange ich,

- dass eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung durchgeführt wird. Dies beinhaltet u. a. die Pflege von Mund und Schleimhäuten zur Vermeidung des Durstgefühls, die Gabe von Medikamenten zur Bekämpfung von Schmerzen, Übelkeit, Angst, Unruhe, Atemnot und anderen belastenden Symptomen. Die (unwahrscheinliche) Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Wiederbelebung

In den oben angekreuzten Situationen verlange ich,

- dass Wiederbelebungsversuche unterlassen werden. Bereits eingeleitete Maßnahmen sollen beendet werden.

Künstliche Beatmung

In den oben angekreuzten Situationen verlange ich,

- 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.

Dialyse

In den oben angekreuzten Situationen verlange ich,

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

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben angekreuzten Situationen verlange ich,

- 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. Bereits eingeleitete Maßnahmen sollen beendet werden.

Die Befolgung meiner Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Beistand

Ich wünsche eine Begleitung durch folgende Personen (z. B. Angehörige, Seelsorge, Hospizdienste):

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer der/des Bevollmächtigten

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer der/des Bevollmächtigten

- Ich habe anstatt der Vorsorgevollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung zu Gunsten von Frau/Herrn

_____, geb.am _____ erstellt.

- Ich habe dieser Patientenverfügung ergänzende Erläuterungen/Wertvorstellungen beigefügt, die entsprechend berücksichtigt werden sollen.

Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann:
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor (z. B. kurzfristige intensivmedizinische Maßnahmen zur Organentnahme)
oder
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Information/Beratung

Bei der Erstellung dieser Patientenverfügung habe ich mich informiert bzw. beraten lassen bei/von:

Behandelnde/r Arzt bzw. Ärztin meines Vertrauens:

Erneute Bestätigung des Willens

Empfehlenswert ist, diese Patientenverfügung alle paar Jahre nochmals zu unterschreiben, auch wenn dies keine rechtliche Vorgabe ist.

Ort	Datum	Unterschrift

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 Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

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

Von der/dem Bevollmächtigten 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 zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung maßgeblich sein.

Persönliche Ergänzungen zur Patientenverfügung

(ggf. Erläuterung von Wertvorstellungen, von Krankheitssituationen und die diesbezügliche gewünschte Behandlung oder Nicht-Behandlung)

Name, Vorname

Adresse

Ort, Datum

Unterschrift



Landkreis
Regensburg

Impressum

Herausgeber: Landratsamt Regensburg, Altmühlstraße 3, 93059 Regensburg

Titelfoto: © razstudio – Fotolia.de

Satz: grafica, www.grafica-design.de

Druck: Hofmann Druck & Verlag, Regenstauf

Auflage: 15. Auflage, März 2023

Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.landkreis-regensburg.de

Das Beratungsangebot des Sachgebietes Hilfen in schwierigen Lebenslagen - Pflegestützpunkt Plus im Landkreis Regensburg:

Das **Sachgebiet Hilfen in schwierigen Lebenslagen - Pflegestützpunkt Plus** im Landkreis Regensburg bietet Ihnen Unterstützung bei der Organisation eines selbstbestimmten Lebens in den eigenen vier Wänden. Die Beratung ist umfassend, neutral, unabhängig und kostenlos. Wir vermitteln in diesem Rahmen Hilfeleistungen nach Ihrem individuellen Bedarf. Betroffene und Angehörige können sich an uns wenden. Im persönlichen Gespräch im Sachgebiet oder bei Hausbesuchen beraten wir Sie gerne.

Landratsamt Regensburg, Altmühlstraße 3, 93059 Regensburg:

Petra Haslbeck, 0941 4009-711

Stefan Steinkirchner, 0941 4009-712

Helga Grüner, 0941 4009-551

Marion Woller, 0941 4009-710

Unser Leistungsspektrum umfasst:

- Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FOA, früher Heimaufsicht)
- Beratung und Einleitung eines Betreuungsverfahrens
- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI, Hilfen bei Antragstellung, Unterstützung bei Widerspruchsverfahren
- Helferkreis Auszeit und Helferkreis MeHr Leben
- Beratung über Wohnraumanpassung / barrierefreies Wohnen
- Auskünfte rund um das Thema Behinderung / Inklusion
- Umsetzung des seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes
- Hilfs- und Begleitdienst für Menschen in Not
- MAKS®-Therapie
- Sprechstunden in den Gemeinden
- Integrationsstelle

Das Sachgebiet Hilfen in schwierigen Lebenslagen - Pflegestützpunkt Plus im Landkreis Regensburg steht in Kooperation mit den Nachbarschaftshilfevereinen im Landkreis sowie den Fachdiensten im Raum Regensburg.

Wir bieten auch kostenlose Vorträge zur Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung, Pflege- / Wohnberatung und Inklusion vor Ort an, z. B. bei Vereinen.

Wohnen Sie in einer Einrichtung für Seniorinnen bzw. Senioren oder Menschen mit Behinderung? Haben Sie Fragen bezüglich eines Umzugs in eine Pflegeeinrichtung? Bestehen Probleme bei einem Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung? Dann stehen wir Ihnen vertrauensvoll zur Verfügung.



Landkreis
Regensburg