



Notfallmappe

für

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Herausgeber:
Landratsamt Cham
Senioren-Kontaktstelle: 09971 78-291

Postanschrift: Postfach 1432, 93404 Cham
Hausanschrift: Rachelstraße 6, 93413 Cham
Telefon: 09971 780, Fax 09971 78-399
Internet: www.landkreis-cham.de

Druck:
Wittmann/Druck, Roding



Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger

jeder von uns kann durch Unfall, Krankheit und Alter auf Hilfe angewiesen sein.

Die Seniorenkontaktstelle im Landratsamt Cham hat deshalb für Sie eine „Notfallmappe“ erstellt. Diese soll dazu beitragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörigen auf einen Notfall besser vorbereitet sind. Denn gut vorgesorgt zu haben, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen.

Machen Sie deshalb von diesem Angebot Gebrauch und weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf diese Möglichkeit der Vorsorge hin.

Ergänzen bzw. aktualisieren Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie die Mappe leicht erreichbar auf.

Ich hoffe, diese Notfallmappe gibt Ihnen das gute Gefühl, ein paar wichtige Dinge besser geregelt zu haben und ich wünsche Ihnen, dass Ihre persönliche Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommt.

Ihr

A handwritten signature in black ink that reads "Franz Löffler". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Franz Löffler
Landrat
Bezirksstagspräsident

Persönliche Daten

.....
Name Vorname/n

.....
Geburtsdatum Geburtsort

.....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefonnummer Handy

.....
E-Mail-Adresse Telefax

.....
Konfession Kirchengemeinde

.....
Familienstand Ehegatte: Name, Vorname/n

Raum für weitere Anmerkungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Im Notfall zu benachrichtigen

.....
Name Vorname/n

.....
Geburtsdatum Geburtsort

.....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefonnummer Handy

.....
E-Mail-Adresse Telefax

.....
Name Vorname/n

.....
Geburtsdatum Geburtsort

.....
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

.....
Telefonnummer Handy

.....
E-Mail-Adresse Telefax

Im Notfall zu beachten

Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:

.....

.....

.....

Hausarzt

.....
Name der Praxis

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefonnummer

Mein **aktueller Medikamentenplan** befindet sich:

.....

Allergien

Ja

Nein

Allergiepass vorhanden?

Ja, Allergiepass befindet sich:

Nein

.....

Allergie gegen:

Anfallsleiden

Ja

Nein

Nähere Beschreibung:

Implantate

Ja

.....

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

Nein

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin

.....
Name und Anschrift der Praxis

.....
Fachrichtung

.....
Telefonnummer

.....
Name und Anschrift der Praxis

.....
Fachrichtung

.....
Telefonnummer

Apotheke

.....
Name und Ort der Apotheke

.....
Telefonnummer

.....
Telefax

Zahnarzt

.....
Name der Praxis

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefonnummer

Ambulanter Pflegedienst

.....
Name und Anschrift des Pflegedienstes

.....
Telefonnummer

.....
Telefax

Schwerbehinderung

Ja Grad der Behinderung:

Nein

Krankenversicherung/en

Gesetzliche Krankenkasse

.....
Name der Krankenkasse

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer

.....
Nr. der Versichertenkarte

.....
Versichertenkarte befindet sich

Private Krankenversicherung/Krankenzusatzversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Private Pflegeversicherung/Pflegezusatzversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Weitere Versicherungen

Lebensversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Unfallversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Sterbegeldversicherung/Gruppensterbegeldversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Privathaftpflichtversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Hausratversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Brandversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Gebäudeversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Privatrechtsschutzversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Verkehrsrechtsschutzversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Kraftfahrzeugversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

.....
versichertes Fahrzeug

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

.....
versichertes Fahrzeug

Insassenunfallversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Fahrzeug

.....
Fahrzeugart (z. B. PKW, LKW, Motorrad)

.....
Hersteller, Typ

.....
amtliches Kennzeichen

.....
Unterlagen befinden sich

Rente/Versorgung

Altersrente:

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Witwen-/Witwerrente:

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Rente aus der landwirtschaftlichen Alterskasse

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Betriebsrente/Zusatzrente:

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Private Rentenversicherung und Riesterrente:

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Beamtenversorgung

.....
Pensionsfestsetzende Behörde

.....
Telefonnummer

.....
Personalnummer/Aktenzeichen

.....
Unterlagen befinden sich

Sonstige Renten (Knappschaft, Bundesversorgungsgesetz, Seekasse ect.)

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Erwerbstätigkeit

als Arbeitnehmer

.....
Arbeitgeber (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Unterlagen befinden sich

als Selbständiger (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft)

.....
Art der Selbständigkeit

.....
Anschrift der Firma

.....
zuständiges Finanzamt

Nebenberuf/Nebenbeschäftigung

.....
Beschreibung der Tätigkeit:

.....
Arbeitgeber: (Name und Anschrift)

Steuernummer/Steuer-Identifikationsnummer

Zuständiges Finanzamt:

Steuernummer:

.....
Steuer-Identifikationsnummer:

Weitere Angaben:

.....

.....

Finanzen

Girokonten

.....
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....
IBAN

.....
BIC

Weitere Sparkonten

.....
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Art des Kontos

.....
Sparbuch befindet sich

.....
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Art des Kontos

.....
Sparbuch befindet sich

.....
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Art des Kontos

.....
Sparbuch befindet sich

Bankvollmacht

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

.....
Geldinstitut (Name und Anschrift)

IBAN

.....
BIC

Vollmacht ausgestellt für

.....
Geldinstitut (Name und Anschrift)

IBAN

.....
BIC

Vollmacht ausgestellt für

Bankschließfach

.....
Geldinstitut (Name und Anschrift)

Schließfachnummer

Bausparverträge

.....
Bausparkasse (Name und Anschrift)

Bausparnummer

.....
Unterlagen befinden sich

.....
Bausparkasse (Name und Anschrift)

Bausparnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Verbindlichkeiten

.....
Darlehensgeber (Name und Anschrift)

.....
Betrag

.....
Unterlagen befinden sich

Grund- und Immobilieneigentum

.....
Art des Grundbesitzes (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. **Art der Immobilie** (z. B. Wohnhaus, Garage)

.....
Anschrift

.....
Flur-Nr./Gemarkung

.....
zuständiges Grundbuchamt

.....
Unterlagen befinden sich

.....
Art des Grundbesitzes (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. **Art der Immobilie** (z. B. Wohnhaus, Garage)

.....
Anschrift

.....
Flur-Nr./Gemarkung

.....
zuständiges Grundbuchamt

.....
Unterlagen befinden sich

.....
Art des Grundbesitzes (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. **Art der Immobilie** (z. B. Wohnhaus, Garage)

.....
Anschrift

.....
Flur-Nr./Gemarkung

.....
zuständiges Grundbuchamt

.....
Unterlagen befinden sich

Bestehende Verträge

(z. B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet usw.)

.....
Vertragsgegenstand

.....
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Unterlagen befinden sich

.....
Vertragsgegenstand

.....
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Unterlagen befinden sich

.....
Vertragsgegenstand

.....
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Unterlagen befinden sich

.....
Vertragsgegenstand

.....
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Unterlagen befinden sich

.....
Vertragsgegenstand

.....
Vertragspartner (Name und Anschrift)

.....
Telefonnummer

.....
Unterlagen befinden sich

Bestehende Abonnements

(z. B. Zeitung, Zeitschriften, Bücher usw.)

Abonnement für

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Unterlagen befinden sich

Abonnement für

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Unterlagen befinden sich

Abonnement für

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Unterlagen befinden sich

Abonnement für

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Unterlagen befinden sich

Abonnement für

Vertragspartner (Name und Anschrift)

Unterlagen befinden sich

Mitgliedschaften

in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs ...

.....
Mitglied bei

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

.....
Mitglied bei

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

.....
Mitglied bei

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

.....
Mitglied bei

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

.....
Mitglied bei

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

.....
Mitglied bei

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

.....
Mitglied bei

Ansprechpartner (Name und Anschrift)

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben (Notarzt und Rettungsdienst 112)
- bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Tische und Stühle wegräumen)
- eventuell ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung bereithalten
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

Checkliste

"Erste Schritte bei Eintritt eines Todesfalls"

Diese Checkliste soll Ihnen keine rechtliche Hilfe bieten, sondern einen Überblick über das, was im Falle des Todes eines Angehörigen praktisch zu bewältigen ist.

1. Todesfall zu Hause: (Haus-)Arzt benachrichtigen, der den Totenschein ausstellt!
2. Egal, ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht:

Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:

- Personalausweis und/oder Reisepass
- Totenschein
- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde
- ggf. Scheidungsurteil
- ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
- Versichertenkarte, Versicherungspolicen: Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherung
- Post-/Bankvollmacht über den Tod hinaus
- aktuelle Rentenmitteilungen
- falls vorhanden: Bestattungsvorsorgevertrag

3. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:

- ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
- Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
- Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde
- Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.
- Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften etc.)
- Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen
- ggf. Haushaltsauflösung veranlassen

4. Zu organisieren sind:

- Friedhofswahl (nur bei bestehender Grabstätte)
- Überführung des Leichnams
- Art der Bestattung
- Trauerfeier
- Beantragung von Sterbegeldern bei privaten Versicherungen
- nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
- Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

Nachlassangelegenheiten

Mein Testament ist hinterlegt beim Amtsgericht: .

.....

Anschrift des Amtsgerichtes

Mein Testament wird zuhause aufbewahrt. Es befindet sich:

.....

Ein zuhause hinterlegtes Testament ist nach dem Tod ebenfalls beim zuständigen Amtsgericht abzugeben. Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, falls dieser benötigt wird.

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vorsorgevollmacht

Unfall, Krankheit und Alter können dazu führen, dass wichtige Angelegenheiten des täglichen Lebens nicht mehr selbstverantwortlich geregelt werden 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.

Als Möglichkeit der Vorsorge bietet sich hier eine Vorsorgevollmacht an. Sie ist eine durch Rechtsgeschäft erteilte Vertretungsmacht und wird im Regelfall durch Erklärung gegenüber dem zu Bevollmächtigenden erteilt. Wie jedes Rechtsgeschäft setzt sie die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers voraus.

Nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht geben Notare, Rechtsanwälte und die **Betreuungsstelle beim Landratsamt Cham (Tel.: 09971 78-290 und 78-539)**.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau

Anschrift

.....

bevollmächtigt.

Die Vorsorgevollmacht befindet sich:

.....

Vollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

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.

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 (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB). ja nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. ja nein

- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) ja nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB) ja nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a 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

- _____

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. 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 rechtlich gestattet ist. ja nein

■

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

■

■

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 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 Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

5. Post und Fernmeldeverkehr

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

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

Patientenverfügung

Besonders in der letzten Lebensphase kann jeder in gesundheitlicher Hinsicht 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 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, sollte wissen, dass im Ernstfall andere für ihn entscheiden und hierbei mühsam versuchen müssen, seinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln.

Um sicher zu sein, dass Ihre Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer Patientenverfügung. Darin kann individuell festgelegt werden, **wie** Sie in konkreten Krankheitssituationen behandelt werden möchten oder welche medizinischen Maßnahmen Sie ablehnen.

Es ist vorteilhaft, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt zu besprechen.

Nähere Hinweise und Formulierungsvorschläge zur Patientenverfügung finden Sie in der Informationsbroschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ (Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-59511-0) und im Internet unter www.justiz.bayern.de/.

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung. Sie befindet sich:

.....

.....

Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

Mein Vorlieben und Unverträglichkeiten:

Tragen Sie hier ein was Sie gerne essen und trinken, wie Sie am besten schlafen können oder was Ihnen sonst wichtig ist (falls Sie Ihre Wünsche später einmal nicht mehr äußern können).
z. B. Ich vertrage keinen Orangensaft, kein Sauerkraut....Ich kann nur auf der rechten Seite einschlafen. Ich möchte nicht, dass den ganzen Tag der Fernseher oder das Radio läuft.

.....

.....

.....

.....

.....

Notfall-Karte

Eine Notfall-Karte sollten Sie immer bei sich tragen, eine Zweite befestigen Sie bitte direkt neben Ihrem Telefon



Name, Vorname _____	Besondere Medikamente:
Geburtsdatum: _____	<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Heparin
Straße: _____	<input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Insulin
PLZ, Wohnort: _____	<input type="checkbox"/> _____
Zu benachrichtigende Person (Name und Tel.Nr.) _____	Allergien/ Unverträglichkeiten: _____
Hausarzt (Name und Tel.Nr.) _____	Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
	Bevollmächtigte Person oder gesetzlicher Betreuer (Name und Tel.Nr.)



Wer klug ist, baut vor!