

Notfallmappe

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

VORWORT

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.

In dieser Mappe finden Sie wichtige Informationen für den Notfall.

Beigelegt sind auch Vordrucke, auf denen Sie, Ihr Hausarzt oder ein ambulanter Pflegedienst regelmäßig erforderliche Medikamente, Allergien oder Notizen 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 persönlichen Unterlagen auf und weisen Sie Ihre nächsten Angehörigen auf diese Mappe hin. Weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf die Möglichkeit einer Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Menschen, sondern auch für Jüngere Sinn ergibt.

Wir hoffen, Ihnen hiermit das Gefühl zu geben, einige wichtige Dinge besser geregelt zu haben und wünschen Ihnen, dass Sie gesund bleiben und Ihre persönliche Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommt.

PERSÖNLICHE DATEN:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße, Hs.Nr., PLZ, Wohnort

.....
Telefon, Handy

.....
Blutgruppe

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße, Hs.Nr., PLZ, Wohnort

.....
Telefon, Handy

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße, Hs.Nr., PLZ, Wohnort

.....
Telefon, Handy

HAUSARZT

.....
Name des Arztes

.....
Straße, Hs.Nr., PLZ, Ort

.....
Telefon, Handy

APOTHEKE

.....
Name der Apotheke

.....
Straße, Hs.Nr., PLZ, Ort

.....
Telefon

ZUSATZVERSICHERUNG

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

WICHTIGE RUFNUMMERN

ärztlicher Sonntagsdienst	
ärztlicher Bereitschaftsdienst	116 117	
Nacht- und Notdienst Apotheken	22833	
Feuerwehr /Rettungsdienst Notruf	112	
Rettungsdienst Notruf	112	
Polizei, Überfall Notruf	110	
Sanitäts-/Rettungswagen	19222	

Gemeindeverwaltung Markt Mallersdorf-Pfaffenberg

ambulanter Pflegedienst	
Pfarramt: evangelisch	
Katholisch	

EC- Kartensperrung 116 116

.....

.....

KRANKENVERSICHERUNG

Name der Versicherung:

Tel. Nr.:

Nr. der Versicherungskarte:

Versicherungskarte befindet sich:

ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

-ambulant-

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name/Ort des Arztes

FACHÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

-ambulant-

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name/Ort des Arztes

KLINISCHE BEHANDLUNGEN

-stationär-

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name/Ort des Krankenhauses

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name/Ort des Krankenhauses

MEDIKAMENTE

Name des Medikaments	Einnahmezeit			

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.).....

.....

NACHWEIS VON IMPFUNGEN

Impfbuch vorhanden? ja nein

.....

ALLERGIEN

.....

.....

SONSTIGES

(Herzschrittmacher, künstliche Gelenke,...)

.....

ORGANSPENDEN

Organspendenausweis vorhanden ja nein

Organspendenausweis befindet sich

VERSICHERUNGEN

(Angaben ergänzen und regelmäßig aktualisieren)

Sterbegeldversicherung: ja nein

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Lebensversicherung: ja nein

1. Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

2. Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

3. Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Unfallversicherung: ja nein

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Privathaftpflichtversicherung: ja nein

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Hausratversicherung: ja nein

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Kfz-Versicherung: ja nein

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Gebäudeversicherung: ja nein

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Feuerversicherung: ja nein

Name der Versicherung:

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

.....

Versicherungsnummer:

Weitere Versicherungen (z.B. Pflegeversicherung, Rechtsschutzversicherung.....):

.....

.....

.....

VERMÖGENSAUFSTELLUNG / VERBINDLICHKEITEN

Grundbesitz: ja nein

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/ Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich:

.....

Girokonten: ja nein

Girokonto-Nr.

bei der Bank

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Sparkonten: ja nein

1. Sparbuch/ Konto-Nr.

bei der Bank

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Das Sparbuch befindet sich:

2. Sparbuch/ Konto-Nr.

bei der Bank

außer mir ist verfügungsberechtigt:

Das Sparbuch befindet sich:

Weitere Konten: ja nein

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

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

Bausparvertrag: ja nein

Nr. bei

Die Unterlagen befinden sich:

Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände: ja nein

.....
.....

Vollmachten: ja nein

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

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

Die Vollmacht befindet sich:

Verbindlichkeiten: ja nein

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich:

Mein Testament ist hinterlegt bei

.....

RENTEN

Altersrente: ja nein

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Betriebs-/ Zusatzrente: ja nein

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Witwen-/ Witwerrente: ja nein

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Pension: ja nein

Versorgungsträger:

Private Rentenversicherung und Riesterrente: ja nein

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

.....

.....

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

.....

.....

VORBEREITENDE MAßNAHMEN FÜR EINE KRANKENHAUSEINWEISUNG

- bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrts-
weges 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,.....)
- gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

VORSORGEVOLLMACHT

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 Vormundschaftsgericht 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 er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich ein Betreuer nicht bestellt werden.

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

Es besteht auch die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt amtlich beglaubigen zu lassen. Empfohlen wird die Beurkundung bei einem Notar.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht.

Ich habe Herrn/Frau

Anschrift bevollmächtigt.

Die Vorsorgevollmacht befindet sich

.....

VOLLMACHT

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

.....
Adresse, Telefon, Telefax

erteile hiermit Vollmacht an

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

.....
Adresse, Telefon, Telefax

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.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ja nein
ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB) *) ja nein
- Sie darf insbesondere eine Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. *) ja nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. ja nein

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.**)

ja nein

- Andere Bestimmungen

ja nein

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

ja nein

- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

ja nein

- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

ja nein

- Andere Bestimmungen

ja nein

Behörden

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

ja nein

Vermögenssorge

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

ja nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen

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

ja nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

ja nein

- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

ja nein

.....

Post und Fernmeldeverkehr

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

Vertretung vor Gericht

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

Geltung über den Tod hinaus

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

Betreuungsverfügung

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

Weitere Regelungen

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtgeberin/ des Vollmachtgebers

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtnehmerin/ des Vollmachtnehmers

*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn nicht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

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

PATIENTENVERFÜGUNG

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. Empfohlen wird die Beurkundung bei einem Notar.

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung.

Die Patientenverfügung befindet sich

.....

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,
Name, Vorname, Geburtsdatum

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 ja nein
unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, ja nein
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 Tod noch nicht absehbar ist. Dies
gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall,
Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie
für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock
oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen
Situationen in seltensten Fällen gewisse Fähigkeiten zu
Wahrnehmungen oder Empfindungen erhalten sein können und
dass ein Aufwachen aus solchem Zustand niemals mit letzter
Sicherheit ausgeschlossen werden kann, allerdings äußerst
unwahrscheinlich ist.

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich ja nein
verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare
Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.

Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbau- ja nein
prozesses (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. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und
pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen
Möglichkeiten.

Gegen Wiederbelebungsmaßnahmen (Reanimation) bin ich nicht grundsätzlich
eingestellt, insbesondere wenn ich aus relativer Gesundheit heraus das Bewusstsein
verliere und einen Herzstillstand erleide. Reanimationsmaßnahmen sind zu
unterlassen bzw. einzustellen bei schwerer oder lang andauernder Krankheit
insbesondere wenn keine Aussicht auf Heilung besteht.

2. In allen unter Punkt 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. ja nein

Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. ja nein

Keine Wiederbelebungsmaßnahmen. ja nein

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). ja nein

Keine Flüssigkeitsabgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung). ja nein

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

3. Ich wünsche eine Begleitung

durch Hospizdienst

durch Seelsorge

durch

Raum für persönliche Wünsche und Anmerkungen:

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

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

ja nein

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

ja nein

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

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein um meinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln, soll folgender/ n Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name	Anschrift	Telefon

Folgende Personen sollen nicht zu Rate gezogen werden:

Name	Anschrift	Telefon

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.

Ort	Datum	Unterschrift

Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit der Verfügung.

Ärzte/Ärztinnen meines Vertrauens (Angabe nur zur Information):

Name	Anschrift	Telefon

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

Name	Anschrift	Telefon

Eine Beratung ist nicht rechtlich vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber verdeutlichen, dass Sie Ihre Vorstellungen ernsthaft zum Ausdruck gebracht haben und sich der Bedeutung und Folgen Ihrer Verfügung bewusst sind.

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 zuständigen Standesamt 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. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden - Sterbeurkunde beilegen
9. Mitteilung an Bank über Todesfall - Sterbeurkunde beilegen
10. schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen einschl. Versorgungs- und Rententräger bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben - Sterbeurkunde beilegen
11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ ...) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
13. Witwen-/ Witwerrente beantragen

KONTAKT ZU DEN GEMEINDEVERWALTUNGEN IN DER ILE LABER

Gemeinde Aholfing



Schloßplatz 2
94369 Rain
Tel.: 09429 9401-0
Fax: 09429 9401-26
E-Mail: info@vgem-rain.de
www.aholfing.de

Gemeinde Atting



Schloßplatz 2
94369 Rain
Tel.: 09429 9401-0
Fax: 09429 9401-26
E-Mail: info@vgem-rain.de
www.atting.de

Gemeinde Perkam



Schloßplatz 2
94369 Rain
Tel.: 09429 9401-0
Fax: 09429 9401-26
E-Mail: info@vgem-rain.de
www.perkam.de

Gemeinde Rain



Schloßplatz 2
94369 Rain
Tel.: 09429 9401-0
Fax: 09429 9401-26
E-Mail: info@vgem-rain.de
www.gemeinde-rain.de

Gemeinde Laberweinting



Landshuter Str. 32
84082 Laberweinting
Tel.: 08772 9619-0
Fax: 08772 9619-30
E-Mail: gemeinde@laberweinting.de
www.laberweinting.de

Markt Mallersdorf-Pfaffenberg



Steinrainer Str. 8
84066 Mallersdorf-Pfaffenberg
Tel.: 08772 807-0
Fax.: 08772 6610
E-Mail: markt-mallersdorf-pfaffenberg@mal-pfa.de
www.mallersdorf-pfaffenberg.de

Stadt Geiselhöring



Stadtplatz 4
94333 Geiselhöring
Tel.: 09423 9400-0
Fax: 09423 9424-30
E-Mail: maria.reicheneder@geiselhoering.de
www.geiselhoering.de