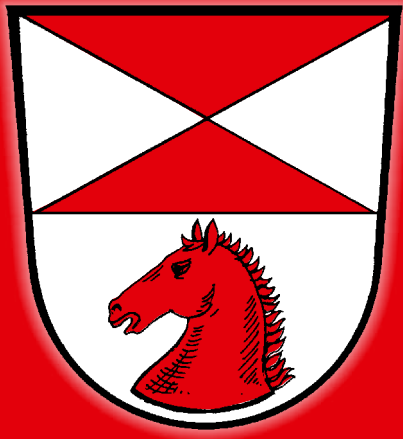


# NOTFALLMAPPE



## Gemeinde Wiesenfelden



Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---



## VORWORT

Mit dieser kostenlosen Notfallmappe können Vorkehrungen für einen krankheitsbedingten Ernstfall getroffen werden.

Sie finden hier wichtige Adressen und Telefonnummern und können zusätzlich den behandelnden Arzt, Pflegedienst sowie Allergien, Versicherungsdaten und regelmäßig einzunehmende Medikamente etc. eintragen.



Ein gutes Gefühl, Wichtiges geregelt zu haben, bedeutet die mögliche Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.

Die ausgefüllte Notfallmappe bitte leicht zugänglich und trotzdem sicher aufbewahren, damit diese bei Bedarf sofort verfügbar ist.

Weiterhin beste Gesundheit und eine gute und zufriedene Zeit.

*Anton Drexler*  
1. Bürgermeister



Die folgenden Hinweise und Textmuster wurden nach bestem Wissen erstellt bzw. wiedergegeben. Eine rechtsverbindliche Beratung durch Fachkräfte können sie aber nicht ersetzen. Eine Haftung für materielle oder ideelle Schäden ist daher ausgeschlossen.

Stand: Mai 2012

## Persönliche Daten

---

Name Vorname

---

Geburtsdatum Geburtsort

---

Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort

---

Telefon Blutgruppe

---

Handy

## Im Notfall zu benachrichtigen

---

Name Vorname

---

Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort

---

Telefon

---

Handy

---

Name Vorname

---

Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort

---

Telefon

---

Handy

## Hausarzt

---

Name des Arztes

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Handy

## Zahnarzt

---

Name des Zahnarztes

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Handy

## Krankenversicherung

---

Name der Krankenversicherung

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Nr. der Versichertenkarte:

---

Versichertenkarte befindet sich:

## Zusatzversicherung (z. B. Einbettzimmer, Chefarztwahl usw.)

---

---

---

## Medikamente

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends	nachts

Medikamenten- Marcumar- bzw. Allergieausweis  Ja  Nein

Wo befindet sich der Ausweis: \_\_\_\_\_

---

## Ärztliche Behandlungen (ambulant)

Datum von / bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name und Ort des behandelnden Arztes

## Klinische Behandlungen (stationär)

Datum von / bis	Grund des Klinikaufenthaltes (Diagnose)	Name und Ort des Krankenhauses

## Zahnärztliche Behandlungen

Datum von / bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name und Ort des behandelnden Arztes

## Nachweis von Impfungen

Impfbuch vorhanden

Ja

Nein

---

---

---

Impfbuch befindet sich:

## Allergien (Allergieausweis)

---

---

---

## Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke, ....)

---

---

---

---

## Organspenden

Organspendeausweis vorhanden

Ja

Nein

Organspendeausweis befindet sich \_\_\_\_\_

## Bestattungsinstitut

Bitte gewünschtes Institut eintragen: \_\_\_\_\_

---

## **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: \_\_\_\_\_

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.: Pflegeversicherung, Rechtsschutzversicherung, usw.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vermögensaufstellung / Verbindlichkeiten**

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien/Grundbesitz:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/ Miteigentümer

Notar: \_\_\_\_\_

Die Unterlagen befinden sich: \_\_\_\_\_

## Meine Hausbank

\_\_\_\_\_

Institutsname

\_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner

### Hinweis:

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nur mit einer bei der Bank hinterlegten Vollmacht, Zugriff auf das bestehende Konto des Inhabers dieser Notfallmappe besteht.

## Renten

### Altersrente

\_\_\_\_\_

Versicherungsträger

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: \_\_\_\_\_

### Betriebsrente/Zusatzrente

\_\_\_\_\_

Versicherungsträger

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: \_\_\_\_\_

## **Witwen-/Witwerrente**

---

Versicherungsträger

---

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: \_\_\_\_\_

## **Pension**

---

Versicherungsträger

---

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: \_\_\_\_\_

## **Private Rentenversicherung und Riesterrente**

---

Versicherungsträger

---

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: \_\_\_\_\_

## **Weitere Renten:**

---

---

## **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 (Medikamentenplan Seite 3)
- ✓ Geld (nur geringer Betrag)
- ✓ Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- ✓ evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- ✓ Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, ....)
- ✓ gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen
- ✓ Notfallmappe mitnehmen

**HINWEIS: Die nachfolgenden Seiten über Vollmachten und Patientenverfügung müssen stets aktuell gehalten werden. Jede Person ist selber dafür verantwortlich.**

## 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 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.

Wenn zur Vorsorgevollmacht nähere Informationen gewünscht werden, bitte an das Landratsamt Straubing-Bogen, Tel.: 09421 973-133 wenden. Es besteht auch die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt amtlich beglaubigen zu lassen.

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 habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.**

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

## Gesundheitssorge/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 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**

\*/\*\* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts, 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).

- 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

- \_\_\_\_\_  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
- \_\_\_\_\_  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 wahrnehmen können  Ja  Nein

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



**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 fortgilt.  **Ja**  **Nein**

**Betreuungsverfügung**

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

**Weitere Regelungen**

---

---

---

---

---

---

---

(Ort, Datum) (Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

---

(Ort, Datum) (Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

## Patientenverfügung

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

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

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

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

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung. Die Patientenverfügung befindet sich

---

# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

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

## **1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:**

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

**Ja**    **Nein**

Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der 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, was allerdings äußerst unwahrscheinlich ist.

**Ja**    **Nein**

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

**Ja**    **Nein**

Wenn ich in Folge eines 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.

**Ja**    **Nein**

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.

**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 (Konfession?) \_\_\_\_\_

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

Ort	Datum	Unterschrift

**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 116117 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.

### **Bei Punkt 3 bis 7 kann ein Bestattungsinstitut hilfreich sein!**

3. Bestattungsinstitut wegen Überführung benachrichtigen. (siehe S. 5)
4. Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung, Reihen- oder Familiengrab.
5. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt Wiesenfelden (Tel.: 09966 9400-18) oder Standesamt des Sterbeortes beantragen. Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
  - Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
  - Todesbescheinigung
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
  - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
  - evtl. Scheidungsurteil wenn nicht wieder verheiratet
  - evtl. Sterbeurkunde des Ehegatten / der Ehegattin
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 Tageszeitung aufgeben, Sterbebilder bestellen.
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/der 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 – bei Ihrer Gemeinde-/ Stadtverwaltung oder dem Landratsamt.

## Wichtige Rufnummern

Ärztlicher Bereitschaftsdienst ..... 116117

Feuerwehr / Rettungsdienst /Krankentransporte .....Notruf 112

Polizei, Überfall .....Notruf 110

Gemeindeverwaltung ..... 09966 9400-0

Pfarramt: katholisch

Wiesenfelden .....09966 264

Pondorf .....09428 231

evangelisch

Straubing ..... 09421 911 911-0

EC – Kartensperrung..... 116116

Klinik Bogen .....09422 822-0

Klinikum Straubing .....09421 710-0

Klinikum Wörth a. d. Donau ..... 09482 2020

Klinikum Roding .....09461 4000

.....

.....

