



Landkreis  
Regensburg

# Notfallmappe

für

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>Wichtige Rufnummern</b>	<b>4</b>
<b>Persönliche Daten</b>	<b>5</b>
<b>Im Notfall zu benachrichtigen</b>	<b>5</b>
<b>Hausarzt</b>	<b>6</b>
<b>Apotheke</b>	<b>6</b>
<b>Ambulanter Pflegedienst</b>	<b>6</b>
<b>Krankenversicherung</b>	<b>7</b>
<b>Medizinische Daten</b>	<b>8</b>
Blutgruppe, Impfungen, Allergien, Diabetes	8
Anfallsleiden, Implantate, Transplantationen, Blutgerinnungshemmer	9
Organspendeausweis, Schwerbehinderungen, Sonstiges	10
<b>Versicherungen</b>	<b>11</b>
<b>Vermögensaufstellung</b>	<b>14</b>
<b>Verbindlichkeiten</b>	<b>17</b>
<b>Renten</b>	<b>18</b>
<b>Mitgliedschaften, Abonnements</b>	<b>19</b>
<b>Bestehende Verträge</b>	<b>20</b>
Telefon, Internet, Strom, Gas, Wasser	
<b>Kraftfahrzeuge</b>	<b>20</b>
<b>Checkliste für den Todesfall</b>	<b>21</b>
<b>Nachlassangelegenheiten</b>	<b>22</b>
<b>Krankenhauseinweisung</b>	<b>23</b>
<b>Vorsorgevollmacht</b>	<b>24</b>
<b>Vollmacht zum Heraustrennen</b>	<b>25</b>
<b>Notizen</b>	<b>29</b>
<b>Patientenverfügung Einleitung</b>	<b>30</b>
<b>Patientenverfügung</b>	<b>31</b>
<b>Impressum</b>	<b>35</b>

# 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.

Unsere Servicestelle für Senioren und Menschen mit Behinderung 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

Ärztlicher Bereitschaftsdienst:	116 117
Feuerwehr:	Notruf 112
Rettungsdienst:	Notruf 112
Polizei, Überfall:	Notruf 110
Giftnotrufzentrale:	0911 3982451 oder 089 19240
Sanitäts- / Rettungswagen:	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

Girokonto-Nr.:

---

bei der Bank:

---

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

---

Girokonto-Nr.:

---

bei der Bank:

---

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

---

## Sparkonten

Sparbuch/Konto-Nr.:

---

bei der Bank:

---

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

---

Das Sparbuch befindet sich:

---

Sparbuch/Konto-Nr.:

---

bei der Bank:

---

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

---

Das Sparbuch befindet sich:

---

Sparbuch/Konto-Nr.:

---

bei der Bank:

---

Außer mir ist verfügungsberechtigt:

---

Das Sparbuch befindet sich:

---

## Weitere Konten

Bei Bank: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Kontoart: \_\_\_\_\_

Bei Bank: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Kontoart: \_\_\_\_\_

Bei Bank: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Kontoart: \_\_\_\_\_

## 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
Konto-Nr.:	bei Bank:
Konto-Nr.:	bei Bank:

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 bei der 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.

---

# 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, Maximilianstraße 9, 93047 Regensburg, Tel. 0941 58490, 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 ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.

- Mein Testament ist hinterlegt bei:
- 
- 

- Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

**Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:**

---

---

---

---

---

# 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.

# Vorsorgevollmacht

Immer mehr Menschen in Deutschland denken daran, Vorsorge für weniger gute Zeiten zu treffen – nämlich für den Fall, dass sie infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst wie gewohnt regeln können. In diesem Rahmen 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.

Diese Frage wird leider von vielen verdrängt oder auf „später“ hinausgeschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und darauf angewiesen zu sein, dass ein anderer für ihn spricht. Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Betreuungsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen. Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden. Bundesweit werden derzeit weit mehr als 1 Million Betreuungen geführt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich kein Betreuer bestellt werden.

Wer im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er **uneingeschränkt vertraut**, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den „Fall des Falles“ durch eine Vorsorgevollmacht als rechtlichen Vertreter bestimmt. Wichtig für die Auswahl dieser Person ist das uneingeschränkte Vertrauen, da keine direkte Kontrolle der bevollmächtigten Person stattfindet. So kann seitens der Behörde ein Missbrauch nicht vorbeugend verhindert werden.

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

**Wenn Sie nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht wünschen, wenden Sie sich bitte an die Betreuungsstelle unter der Telefonnummer 0941 4009-712, 0941 4009-648 oder 0941 4009-714. Es besteht auch die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt amtlich beglaubigen zu lassen.**

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau

---

Anschrift

---

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich

---



Ich,

(Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

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

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

## Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).\*
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.\*

ja  nein

ja  nein

ja  nein

\* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden.

ja  nein

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) einschließlich ärztlicher Zwangsmaßnahmen (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.\*

ja  nein

- \_\_\_\_\_

ja  nein

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.

ja  nein

- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.

ja  nein

- Sie darf meinen Haushalt auflösen.

ja  nein

- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen.

ja  nein

- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

ja  nein

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

ja  nein

- \_\_\_\_\_

ja  nein

## Vermögenssorge

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

ja  nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen

ja  nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

ja  nein

- Verbindlichkeiten eingehen

ja  nein

\* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.  
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.  
(Hinweis für den Ausfüller: Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis auf Seite 29.)
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

ja  nein ja  nein ja  nein 

## Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja  nein 

## Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

ja  nein 

## Behörden

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

ja  nein 

## Vertretung vor Gericht

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

ja  nein 

## Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

ja  nein 

## Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.

ja  nein

## Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. ja  nein

## Betreuungsverfügung

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

## Weitere Regelungen

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

---

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers



# Patientenverfügung

In der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die den nächsten Angehörigen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen, wie intensivmedizinische Behandlung, künstliche Ernährung oder ähnliches, begonnen bzw. fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder wenigstens 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 die eigenen Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer schriftlichen Patientenverfügung. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden.

**Wir empfehlen eine Beratung zur Patientenverfügung beim Hausarzt.**

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung. Die Patientenverfügung befindet sich

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 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. eingefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- 

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

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

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

### 3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebungsmaßnahmen.

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

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

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

- Ich wünsche eine Begleitung

durch

---

---

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. ja  nein
- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. ja  nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. ja  nein
- Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z. B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe, 
  - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor
  - oder
  - gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

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, solange ich einwilligungsfähig bin.

---

Ort, Datum

Unterschrift



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

Ort	Datum	Unterschrift

### Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

---

Name

---

Adresse

---

Telefon

---

Telefax/E-Mail

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

---

Name

---

Adresse

---

Ort, Datum

---

Telefon/Telefax/E-Mail

---

Unterschrift der/des Beratenden

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

Sollte zusätzlich eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Adresse

---

Telefon, Telefax, E-Mail

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

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Adresse

---

Telefon, Telefax, E-Mail

# Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Landkreis  
**Regensburg**

**Impressum**

Herausgeber: Landratsamt Regensburg, Altmühlstraße 3, 93059 Regensburg

Titelfoto: © PictureArt – Fotolia.de

Satz: grafica, [www.grafica-design.de](http://www.grafica-design.de)

Druck: Kössinger AG, Schierling

Auflage: 7. Auflage

Weitere Informationen erhalten Sie unter: [www.landkreis-regensburg.de](http://www.landkreis-regensburg.de)

# Das Beratungsangebot der Servicestelle für Senioren und Menschen mit Behinderung:

Bei Fragen zur Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder zur rechtlichen Betreuung können Sie sich an folgende Ansprechpartner der **Betreuungsstelle** wenden:

- Astrid Dechant, 0941 4009-648
- Wilhelm Kapfhammer, 0941 4009-712
- Nicole Irlbacher, 0941 4009-714

Wir bieten auch kostenlose Vorträge zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung vor Ort an, z. B. bei Vereinen. Ihre Ansprechpartnerin:

- Petra Haslbeck, 0941 4009-711

Die **Servicestelle für Senioren und Menschen mit Behinderung** des Landkreises Regensburg bietet Ihnen auch Hilfestellung bei der Organisation eines selbstbestimmten Lebens in Ihren eigenen vier Wänden. Die Beratung ist umfassend, neutral und kostenlos. Wir vermitteln in diesem Rahmen Hilfeleistungen nach Ihrem individuellen Bedarf. Es können sich Betroffene und Angehörige an uns wenden.

Im persönlichen Gespräch beraten wir Sie unter anderem über:

- Behörden- und Versicherungsangelegenheiten sowie Hilfe bei der Antragstellung, wie persönliches Budget, Schwerbehindertenausweis, etc.
- Hilfsmittel und Wohnraumanpassung
- Leistungen der Pflegeversicherung

Die Servicestelle steht in Kooperation mit den Nachbarschaftshilfevereinen im Landkreis sowie den Fachdiensten im Raum Regensburg.

Ihre persönlichen Ansprechpartnerinnen im Landratsamt Regensburg, Altmühlstraße 3, 93059 Regensburg sind:

- Bettina Langschwager, Tel: 0941 4009-709
- Corina Eisner, Tel: 0941 4009-708
- Julia Schmidt, 0941 4009-531

Wohnen Sie in einer Senioren- oder Behinderteneinrichtung? Haben Fragen bezüglich eines Umzugs in eine Pflegeeinrichtung? Bestehen Probleme bei einem Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung?

Dann stehen Ihnen vertrauensvoll von der **Fachstelle für Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FOA, früher Heimaufsicht)** zur Verfügung:

- Petra Haslbeck, 0941 4009-711

Bei allgemeinen Fragen rund ums Alter oder bezüglich einer Behinderung helfen gerne weiter:

- Petra Haslbeck, Seniorenbeauftragte des Landkreises, 0941 4009-711
- Martin Tischler, Behindertenbeauftragter des Landkreises, 09493 902434

