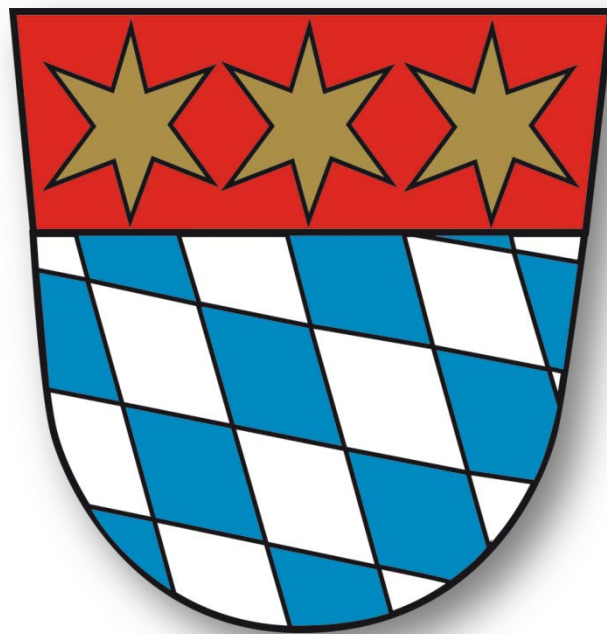


**Für den Fall der Fälle –
mit einem Griff alles geregelt**



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Vorwort



Liebe Seniorinnen, liebe Senioren,
liebe Bürgerinnen, liebe Bürger,

wer kennt diese Situation nicht – ein naher Angehöriger oder guter Bekannter muss aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls überraschend ins Krankenhaus bzw. verstirbt?

Dank unserem Seniorenbeirat steht Ihnen für diese Fälle ab sofort diese sogenannte „Notfallmappe“ zur Verfügung.

Bitte nutzen Sie für sich, aber auch für Ihre Angehörigen dieses doch so wertvolle Schriftstück.

Zum Einen haben Sie die Möglichkeit, bei einem eventuellen Krankheits- oder Todesfall alles so zu regeln, wie Sie es sich vorstellen.

Ihren Angehörigen erleichtern Sie durch die ordnungsgemäß ausgefüllte Notfallmappe ungemein die Situation bei einem schweren Krankheitsfall oder gar Tod.

Mit einem Griff – auf einem Blick sind den Verantwortlichen alle notwendigen Daten und Wünsche parat.

Ich hoffe, dass Sie dieses für Sie kostenlose Angebot rege nutzen und Ihnen bzw. Ihren Angehörigen so die schwierigen Lebenslagen enorm erleichtern.

Ihr Bürgermeister

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Josef Pellkofer'. The signature is stylized and cursive.

Josef Pellkofer

Persönliche Daten zur eigenen Person

Name:	Geburtsname:
Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse:	
Telefon:	Mobil:
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Krankenversicherung: <input type="radio"/> Gesetzlich <input type="radio"/> Privat	
Versicherungsnummer:	
Die Versicherungskarte befindet sich:	
Organspendeausweis: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Der Ausweis befindet sich:	
Familienstand:	Güterstand:
Ort und Tag der Eheschließung:	
Reg.- Nr. des Standesamts:	
Ort und Tag der Ehescheidung/ Tod des Ehepartners:	
Aktenzeichen:	
Heiratsurkunde bzw. Familienstammbuch befinden sich:	
Ehevertrag bzw. Scheidungsunterlagen befinden sich:	
Die Partnerschaftsvereinbarung befindet sich:	
Alle anderen oben genannten Unterlagen befinden sich:	

Mein persönlicher Notfallausweis

Für den Fall einer schweren Erkrankung, eines Unfalls und erkennbarer Beeinträchtigung meiner körperlichen / geistigen Leistungsfähigkeit weise ich von meiner Seite aus darauf hin, dass eine

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht (*Vordrucke und Hilfe im Landratsamt*)
- Betreuungsverfügung
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

erstellt wurde. Diese Verfügungen/Vorgaben und Wünsche sollen von Ärzten, Pflegern und den Krankenhäusern/Pflegeeinrichtungen usw. beachtet werden.

Zu meiner Person:

Name, Geburtsdatum sowie Anschrift und Telefonnummer:

Die vollständigen Schriftstücke sind hinterlegt/befinden sich bei:

Eine Registrierung beim Zentralen Vorsorgeregister ist zusätzlich erfolgt:

- Ja
- Nein

Weitere Hinweise:

Ich bin Organspender:

- Ja
- Nein

Im Notfall bitte unbedingt verständigen:

Ort, Datum sowie eigenhändige Unterschrift:

Wichtige Rufnummern

Ärztlicher Sonntagsdienst:	_____
Sänitäts- / Rettungswagen:	Notruf 112
Rettungsdienst:	Notruf 112
Feuerwehr:	Notruf 112
Polizei:	Notruf 110
Ambulanter Pflegedienst:	_____
Stadt Dingolfing:	08731/501-0
Kath. Pfarramt Dingolfing:	
▶ St. Johannes:	08731/2413
▶ St. Josef:	08731/7934
Kath. Pfarramt Teisbach:	08731/60686
Evang. Pfarramt Dingolfing:	08731/73581
EC – Kartensperrung:	116 116

Hausarzt

Name des Arztes:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Ort:
Telefonnummer:

Blutgruppe: _____

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.) :

Derzeitige Erkrankungen

Behandelnder Arzt:

Einnahme von Medikamenten

NAME DES MEDIKAMENTS	EINNAHMEZEITEN			

Apotheke

Name der Apotheke:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Ort:
Telefonnummer:

Nachweis von Impfungen

Impfbuch vorhanden:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---------------------	--------------------------	----------------------------

Allergien

Behandelnder Arzt:

Sonstiges

(Herzschrittmacher, künstliche Gelenke, frühere Erkrankungen,
Schwerbehindertenausweis)

Ärztliche Behandlungen – ambulant

Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose):

Behandelnder Arzt:

Klinische Behandlungen – stationär

Grund des Klinikaufenthaltes (Diagnose, Operationen):

Name der Klinik:

Zahnärztliche Behandlungen

Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose, Zahnersatz):

Behandelnder Zahnarzt:

Benachrichtigung der Angehörigen

1. Person:

2. Person:

Heimunterbringung

Sollte ein Pflegefall eintreten und lässt sich eine häusliche Pflege nicht verwirklichen, wähle ich folgende Einrichtung:

Vorsorgevollmacht

Jeder Mensch kann durch eine Krankheit oder einen Unfall vorübergehend oder dauerhaft die Fähigkeit verlieren, seinen eigenen Willen zu äußern, selbstständig Entscheidungen zu treffen und Rechtsgeschäfte abzuschließen. Nicht nur bei älteren Menschen kann dies auf Demenz – Stichwort „Alzheimer“ – zurückgehen. Manche psychischen Erkrankungen sowie Bewusstlosigkeit in Folge eines schweren Unfalls schließen ebenfalls eine freie Willensbildung aus. Unabhängig davon, auf welchen Ursachen mangelnde Geschäftsfähigkeit beruht, sollte jeder Bürger für einen solchen Notfall vorsorgen. Denn fehlt die persönliche Vorsorge, kommt es zu folgendem Mechanismus: Der Arzt, eine Klinik, ein Heim oder eine andere Person bzw. Organisation benachrichtigt das Betreuungsgericht, und das Gericht setzt dann – unter Umständen – einen fremden Betreuer ein, welcher stellvertretend für die erkrankte Person handelt.

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.

Vollmacht

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

(Adresse, Telefon, Telefax)

erteile hiermit Vollmacht an

(Name, Vorname, Geburtsdatum) (bevollmächtigte Person)

(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 werden sollte.

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

GESUNDHEITSVORSORGE/ PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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). ^{*)}	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, 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 (§ 1094 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. ^{**)}	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

*/**) 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)

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 meinem Wohle erforderlich ist. *)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

AUFENTHALTS- UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

BEHÖRDEN

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
• Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
• Zahlungen und Wertgegenstände annehmen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
• Verbindlichkeiten eingehen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
• Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
• Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:	

*) 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.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	---

VERTRETUNG VOR GERICHT

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	---

UNTERVOLLMACHT

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	---

GELTUNG ÜBER DEN TOD HINAUS

Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fort gilt.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	---

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	---

WEITERE REGELUNGEN

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/ des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/ des Vollmachtnehmers)

Betreuungsverfügung

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, nämlich durch eine Betreuungsverfügung. Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Personen eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll).

Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.

Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat.

Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine **Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert** werden.

Betreuungsverfügung

Ich, _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge einer Krankheit, Behinderung oder eines Unfalls meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

oder, falls diese Person nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Auf keinen Fall zur Betreuerin/ zum Betreuer bestellt werden soll:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.

2. _____

3. _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung legen Sie verbindlich fest, was Ärzte, Pflegepersonal, Bevollmächtigte und Betreuungsgerichte zu tun und zu lassen haben, wenn Sie schwer erkrankt sind oder einen Unfall hatten und sich nicht mehr äußern können. Ohne eine Patientenverfügung wird der behandelnde Arzt Ihnen immer – trotz auswegloser Situation – das Maximalprogramm mit allen einschlägigen medizinischen Diagnosen und Therapien zukommen lassen. Hierzu ist er nach dem Hippokratischen Eid verpflichtet.

Mit Ihrer Patientenverfügung können Sie das verhindern. Nur auf diesem Wege können Sie festlegen, dass der behandelnde Arzt bestimmte von Ihnen nicht gewollte Behandlungen abbrechen muss – auch dann, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat.

Führen Sie mit Ihrem Hausarzt vor Erstellung Ihrer Patientenverfügung ein ausführliches Beratungsgespräch über die möglichen Inhalte. Der Arzt kann Ihnen die medizinischen Möglichkeiten und deren Folgen umfassend erläutern. In der Patientenverfügung können Sie auch festlegen, ob Sie zur Lebensverlängerung eine Organtransplantation wünschen oder nicht.

Wichtig ist, dass die Patientenverfügung auch aufgefunden und den behandelnden Ärzten übergeben werden kann. Für Notfälle ist ein Hinweis auf den Aufbewahrungsort der Patientenverfügung in Ihrer Geldbörse hilfreich.

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.	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/>
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 aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

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.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.	<input type="checkbox"/>
Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.	<input type="checkbox"/>

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

Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).	<input type="checkbox"/>
Keine Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdenlinderung)	<input type="checkbox"/>

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

Ich wünsche eine Begleitung

- durch

- durch Seelsorge

- durch Hospizdienst

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.	O Ja O Nein
--	---------------

Bevollmächtigte/r:

(Name)

(Anschrift, Telefon, Telefax)

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich Betreuungsverfügung erstellt.	O Ja O Nein
Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.	O Ja O Nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. zu meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zu 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)

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 dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/ Ärztin meines Vertrauens:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/ Telefax: _____

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

Name: _____ Anschrift: _____

Ort, Datum: _____ Telefon: _____ Unterschrift: _____

* (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 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: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Krankenhausaufenthalt

- ✓ Bei Anforderungen des Krankenwagens genaue Beschreibung des Anfahrts-
weges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- ✓ Bei Dunkelheit Außenbeleuchtung einschalten
- ✓ Mit Handzeichen Notarzt und Krankenwagen aufmerksam machen (wenn
eine weitere Person zur Verfügung steht)
- ✓ Möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbelstücke weg-
räumen)
- ✓ Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- ✓ Krankenversicherungskarte
- ✓ Toilettenartikel
- ✓ Hausschuhe, Leibwäsche, Nachtwäsche, Morgenmantel
- ✓ Alltägliche Hilfsmittel: Brille, Hörgerät, etc.
- ✓ Einzunehmende Medikamente
- ✓ Personalausweis
- ✓ Geringer Geldbetrag
- ✓ Telefonnummer und Anschrift des nächsten Angehörigen
- ✓ Nachbarn informieren (Haustiere, Post, Blumen)

Erste Schritte bei einem Todesfall

1. 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.
2. Bei Todesfällen zu Hause, den Hausarzt wegen der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen im Krankenhaus wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
3. Zuständigen Pfarrer und nächste Angehörige benachrichtigen.
4. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
5. Überlegen, ob Urnen- oder Erdbestattung gewünscht ist.
6. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles bei der Stadt Dingolfing oder Standesamt des Sterbeortes beantragen. Hierzu sind folgende Unterlagen mitzunehmen:
 - Personalausweis des/der Verstorbenen, sowie des Anzeigenden
 - Todesbescheinigung
 - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
 - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
 - Evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet
7. Nach der Beurkundung des Sterbefalles Rücksprache mit dem zuständigen Pfarrer und Friedhofsverwaltung vor Ort, wegen Lage des Grabes und Tag der Beisetzung.
8. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
9. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – 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, etc.) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge.
12. Witwen- bzw. Witwerrente beantragen – bei der Stadt Dingolfing.
13. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.

Bitte aktualisieren und ergänzen Sie weitere Angaben regelmäßig.

Versicherungsverträge

Lebensversicherung:
Versicherungsnummer:
Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:

Unfallversicherung:
Versicherungsnummer:
Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:

Sterbegeldversicherung:
Versicherungsnummer:
Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:

Privathaftpflichtversicherung:
Versicherungsnummer:
Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:

Hausratversicherung:
Versicherungsnummer:
Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:

Kfz – Versicherung:

Versicherungsnummer:

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:
--

Gebäudeversicherung:

Versicherungsnummer:

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:
--

Feuerversicherung:

Versicherungsnummer:

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:
--

Weiterer vorhandener Versicherungsvertrag:

Versicherungsnummer:

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:
--

Weiterer vorhandener Versicherungsvertrag:

Versicherungsnummer:

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:
--

Weiterer vorhandener Versicherungsvertrag:

Versicherungsnummer:

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefon-Nr.:
--

Vermögensaufstellung / Verbindlichkeiten

Grundbesitz

In meinem Grundbesitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein./ Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich: _____

Girokonten

Girokonto-Nr.
Bankinstitut:
Außer mir ist verfügungsberechtigt:

Sparkonten

Sparbuch/ Konto-Nr.:
Bankinstitut:
Außer mir ist verfügungsberechtigt:
Das Sparbuch befindet sich:

Sparbuch/ Konto-Nr.:
Bankinstitut:
Außer mir ist verfügungsberechtigt:
Das Sparbuch befindet sich:

Weitere Konten

Bankinstitut	Konto-Nr.	Kontoart

Bausparvertrag

Vertrag-Nr.:
Institut:
Die Unterlagen befinden sich:

Wertpapiere, Aktien, sonstige Vermögensgegenstände

Eigener Safe/ Eigenes Schließfach

bei:
Schließfachnummer:
Zugang hat:

Vollmacht

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

Konto-Nr.:	Bankinstitut:
Konto-Nr.:	Bankinstitut:
Die Vollmacht befindet sich:	

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich:

Mein Testament ist hinterlegt bei:

Renten

Altersrente

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Betriebsrente

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Witwen/ Witwerrente

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Pension

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Private Rentenversicherung und Riesterrente

Versicherungsträger:
Versicherungsnummer:

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

Ich habe folgende Zeitungen, Zeitschriften, etc. abonniert:
