

# Notfallmappe

für

Name: .....



**Seniorenbeirat für den Landkreis Schwandorf**

## Vorwort

„Denn wir kennen weder Tag noch Stunde ...“ Jeder von uns kann ganz plötzlich – durch Krankheit oder Unfall – auf Hilfe angewiesen sein. Mit der Notfallmappe, die Sie in Händen halten, wollen der Seniorenbeirat im Landkreis Schwandorf und das Landratsamt Schwandorf dazu beitragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörigen auf einen solchen Notfall besser vorbereitet sind.

Auf den folgenden Seiten finden Sie die wichtigen Adressen und Telefonnummern für den Notfall. Eingehftet sind aber auch Vordrucke, auf denen Sie z.B. Ihren Hausarzt, regelmäßig erforderliche Medikamente, Allergien oder Versicherungsdaten eintragen können. Und schließlich auch Formulare für Ihre persönlichen Verfügungen im Falle der Pflegebedürftigkeit oder des Ablebens.

Machen Sie von diesem Angebot Gebrauch, erneuern Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie diese Mappe leicht erreichbar, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihren Versicherungsunterlagen auf. Weisen Sie Ihre nächsten Angehörigen auf diese Mappe hin.

Gut vorgesorgt zu haben, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen. Weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf dieses Angebot hin, das der Seniorenbeirat nicht nur für ältere Mitmenschen zusammengestellt hat. Alle Vordrucke können ganz leicht aus dem Internet neu heruntergeladen werden. Sie finden diese Seiten unter [www.landkreis-schwandorf.de](http://www.landkreis-schwandorf.de) unter dem Suchwort „Notfallmappe“. Wenn Sie selbst dazu keine Möglichkeit haben, bekommen Sie diese Mappe in Ihrem Rathaus, bei Hausärzten, Pflegediensten, Beratungsstellen, den Wohlfahrtsverbänden oder bei den vielen Seniorenvereinen in unserem Landkreis .

Wir hoffen, dass Ihnen diese Notfallmappe das gute Gefühl gibt, ein paar wichtige Dinge übersichtlich geregelt zu haben .

Mit herzlichem Gruß



Volker Liedtke  
Landrat



Theresia Rampf  
Vorsitzende des Seniorenbeirats

## Persönliche Daten

---

Name	Vorname
------	---------

---

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

---

Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
------------------	-------------

---

Telefon	Blutgruppe
---------	------------

### **IM NOTFALL ZU BEACHTEN:**

---

---

### **IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN:**

---

Name	Vorname
------	---------

---

Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
------------------	-------------

---

Telefon	Telefax
---------	---------

---

Name	Vorname
------	---------

---

Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
------------------	-------------

---

Telefon	Telefax
---------	---------

## HAUSARZT:

---

Name der Praxis

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

---

Telefon

Telefax

## APOTHEKE:

---

Name der Apotheke

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

---

Telefon

Telefax

# Wichtige Rufnummern

**Ärztlicher Sonntagsdienst**

**Feuerwehr**

**Notruf 112**

**Rettungsdienst**

**Notruf 112**

**Polizei, Überfall**

**Notruf 110**

**Verkehrsunfall**

**Notruf 110**

**BRK-Rettungswagen**

**19222**

**Qualifizierter Krankentransport**

**Sozialstation**

**Stadt-/Gemeindeverwaltung**

# KRANKENVERSICHERUNG

Name. ....

Sitz: .....

Tel.Nr.: .....

**Nr. der Versichertenkarte: .....**

Versicherungskarte befindet sich:.....

**Sonstige Versicherungen:**

.....

.....





## Zahnärztliche Behandlungen

<b>Datum von/bis</b>	<b>Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose)</b>	<b>Name des behandelnden Arztes</b>

## Klinische Behandlungen

-stationär-

<b>Datum von/bis</b>	<b>Grund des Klinikaufenthaltes (Diagnose)</b>	<b>Name/Anschrift des Krankenhauses</b>

## **Nachweis von Impfungen**

**Impfbuch vorhanden**

**Allergie-Pass**

**Sonstiges**

# **Versicherungen**

(Angaben ergänzen und regelmäßig aktualisieren)

## **Krankenversicherung:**

Name:..... Örtl.zust.Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.-Nr.....

## **Sterbegeldversicherung/Gruppensterbegeldversicherung:**

Name:..... Örtl.zust.Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.-Nr.....

## **Lebensversicherung:**

Name:..... Örtl.zust.Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.Nr.....

## **Unfallversicherung:**

Name:..... Örtl.zust.Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.Nr.....

## **Privathaftpflichtversicherung:**

Name:..... Örtl.zust.Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.Nr.....

**Hausratversicherung:**

Name:..... Örtl.zust.Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.Nr.....

**Feuerversicherung:**

Name:..... Örtl.zust.Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.Nr.....

**Kfz-Versicherung:**

Name:..... Örtl.zust. Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.Nr.....

**Gebäudeversicherung:**

Name:..... Örtl.zust.Vertreter:.....

Anschrift:..... Name:.....

..... Anschrift:.....

Vers.Nr.....

**Weitere Versicherungen:**

.....

.....

.....

**Folgende Versicherungen können gekündigt werden:**

a)..... b).....

c)..... d).....

#### 4. Vermögensaufstellung/Verbindlichkeiten

##### a) Grundbesitz:

Mein Grundbesitz ist eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes:.....

von.....Blatt..... und.....

Ich bin Alleineigentümer/Miteigentümer zusammen mit:.....

.....

Die Unterlagen befinden sich .....

##### b) Girokonten:

Girokonto-Nr.....bei.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

Girokonto-Nr.....bei.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

##### c) Sparkonten:

SparkassenbuchNr.....der Sparkasse.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

Sparbuch Nr.....bei.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

SparbuchNr.....bei.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

##### d) Weitere Konten

bei.....Nr...../Art des Kontos.....

bei.....Nr...../Art des Kontos.....

bei.....Nr...../Art des Kontos.....

**e) Bausparvertrag**

Nr.....bei.....

Die Unterlagen befinden sich.....

**f) Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände:**

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

**g) Vollmachten:**

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

.....

Konto-Nr.....Konto-Nr.....

Die Vollmacht befindet sich .....

**h) Verbindlichkeiten**

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung
----------------	--------	------------	---------

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

Die Unterlagen befinden 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 beigelegt)

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

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.
- ❖ Ich wünsche eine Begleitung
  - durch Hospizdienst .....
  - durch Seelsorge .....
  - durch .....

.....  
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

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

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

❖ Keine Wiederbelebensmaßnahmen

**4. In den von mir unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten 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)

❖ Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen

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

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

**Bevollmächtigte(r)**

Name: .....
Anschrift: .....
Telefon: ..... Telefax: .....

Ich habe anstelle einer Vollmacht eine Betreuungsverfügung erstellt. 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 beigelegt 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

# VOLLMACHT MIT BETREUUNGSVERFÜGUNG

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

erteile hiermit Vollmacht an

.....  
(Name, Vorname)

..... (Bevollmächtigte/r, Vertrauensperson)  
(Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe.**

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

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Ja

Nein

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

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.

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.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Ja

Nein

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

Post und Fernmeldeverkehr

Ja  Nein

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

Behörden

Ja  Nein

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

Vermögenssorge

Ja  Nein

❖ 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

- ❖ über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
- ❖ die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung wahrnehmen
- ❖ Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- ❖ Verbindlichkeiten eingehen, insbesondere Darlehens- und sonstige Kreditverträge abschließen
- ❖ mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen
- ❖ Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.  
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

**(Achtung: Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!  
Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)**

Betreuungsverfügung

Ja  Nein

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

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)

# Todesfall

Mein Testament ist hinterlegt bei.....

**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 oder an Wochenenden Ärztlichen Sonntagsdienst wegen Ausstellung des Leichenschauscheines benachrichtigen.  
Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird dies von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
4. Termin für Beisetzung mit Stadtverwaltung, danach mit Pfarrer abklären.
5. Überlegen, ob Aschenbeisetzung oder Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab.
6. Am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles bei dem Standesamt im Rathaus.  
Bitte mitnehmen:
  - Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
  - Leichenschauschein
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
  - Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
  - Alle Rentenbescheide des/der Verstorbenen
  - Krankenversicherungskarte
7. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Stadtverwaltung
  - der Tag der Beisetzung bestätigt, die Lage des Grabes festgelegt
  - bei Wunsch, der Organist/die Organistin für die Trauerfeier festgelegt
  - vorab der Träger der Rentenversicherung (LVA oder BfA) informiert
  - bei anderen Rentenversicherungsträgern Hilfe angeboten
  - der Termin für die Beantragung von Witwen- oder Witwerrenten festgelegt

**Diese vorgenannten Tätigkeiten können Sie auch einem Bestattungsunternehmen übertragen.**

8. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
9. Kopien von Sterbeurkunden an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden.
10. Rücksprache mit zuständigen Kreditinstituten wegen zukünftiger Kontenführung.
11. Kündigung laufender Verträge und eventuelle Kündigung laufender Abuchungsverträge.
12. Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
13. Evtl. Danksagungen bei den Tageszeitungen aufgeben.

Nachlassangelegenheiten:

- ca. 14 Tage nach der Beisetzung erhalten Sie ein Schreiben, dass die Sterbefallsanzeige bei dem Ortsgericht im Rathaus aufzunehmen ist.
- sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.
- dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Meine persönlichen Vorstellungen für eine Beerdigung:

.....

.....

.....

.....

# Checkliste „Erste Schritte bei Eintritt des Todesfalls“

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

1. Todesfall zu Hause: (Haus-)Arzt benachrichtigen, der den Totenschein ausstellt !
2. Egal, ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht: Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:
  - Personalausweis und/oder Reisepass
  - Totenschein
  - Geburtsurkunde
  - Heiratsurkunde
  - ggf. Scheidungsurteil
  - ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
  - Versichertenkarte, Versicherungspolice: Lebens-, Sterbegeld-/Unfallversicherung
  - Post-/Bankvollmachten über den Tod hinaus
  - Mitteilung der letzten Rentenanpassung
  - Falls vorhanden Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag
3. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:
  - Abmeldung der/des Verstorbenen bei der zuständigen Meldestelle
  - Ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
  - Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
  - Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde
  - Benachrichtigung von Bekannten, Verwandten, Arbeitgeber.....
  - Abmeldung von Zeitschriftabonnements
  - Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsverträge, Versicherungen
  - ggf. Haushaltsauflösung veranlassen
4. Zu organisieren sind:
  - Friedhofswahl
  - Überführung des Leichnams
  - Art der Bestattung
  - Trauerfeier
  - Beantragung von Sterbegeldern und Beihilfen bei Krankenkassen, Versicherungen
  - Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorschusszahlung aus laufender Rente
  - Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten

Ich habe eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht\*

Name:.....

Adresse:.....

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

Bitte setzen Sie sich mit meiner Vertrauensperson in Verbindung.

Name:.....

Adresse:.....

## **Vorbereitende Massnahmen für eine Krankenhauseinweisung**

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben (Notruf 112)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster/Hausnummerbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versicherungskarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Ggf. 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)