



Foto: Adobe Stock © WavebreakMediaMicro

Wir sind  
**Landkreis**  
Kelheim

# Notfallmappe

Name, Vorname

Geburtsdatum

**Landratsamt Kelheim**  
Donaupark 12  
93309 Kelheim  
Telefon 09441 207-1040  
Telefax 09441 207-681040  
zfc@landkreis-kelheim.de  
www.landkreis-kelheim.de

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort des Landrats und des Gleichstellungsbeauftragten</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>Vorwort der Betreuungsstelle</b> . . . . .	<b>4</b>
<b>1. Persönliche Daten, wichtige Rufnummern</b> . . . . .	<b>5</b>
1.1 Persönliche Daten . . . . .	5
1.2 Im Notfall zu benachrichtigen . . . . .	5
1.3 Hausarzt. . . . .	6
1.4 Apotheke . . . . .	6
1.5 Wichtige Telefonnummern. . . . .	6
1.6 Mitgliedschaften, Abonnements . . . . .	7
<b>2. Krankenversicherung</b> . . . . .	<b>7</b>
2.1 Kranken- und Pflegeversicherungen . . . . .	7
2.2 Behandlungen und Medikamente . . . . .	8
Ärztliche Behandlungen – ambulan . . . . .	8
Medikamente. . . . .	8
Zahnärztliche Behandlungen: . . . . .	9
Zahnärztlicher Klinikaufenthalt: . . . . .	9
2.3 Allergien, Impfungen, Organspendeausweis, Sonstiges. . . . .	9
<b>3. Versicherungen</b> . . . . .	<b>10</b>
3.1 Rente/Versorgung . . . . .	10
3.2 Sterbegeldversicherung . . . . .	10
3.3 Lebensversicherung . . . . .	10
3.4 Unfallversicherung . . . . .	10
3.5 Privathaftpflichtversicherung . . . . .	11
3.6 Hausratversicherung . . . . .	11
3.7 Brandversicherung . . . . .	11
3.8 Kfz.-Versicherung. . . . .	11
3.9 Gebäudeversicherung. . . . .	11
3.10 Weitere Versicherungen . . . . .	11
<b>4. Vermögensaufstellung/Verbindlichkeiten</b> . . . . .	<b>12</b>
4.1 Grundbesitz. . . . .	12
4.2 Girokonten . . . . .	12
4.3 Sparkonten . . . . .	12
4.4 Weitere Konten . . . . .	12
4.5 Bausparvertrag . . . . .	13
4.6 Wertpapiere/Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände. . . . .	13
4.7 Vollmachten . . . . .	13
4.8 Verbindlichkeiten . . . . .	13
4.9 Bankschließfach. . . . .	13
<b>5. Rechtliche Vertretung/Vorsorgliche Verfügungen für den Fall eigener Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit</b> . . . . .	<b>14</b>
5.1 Vorsorgliche Verfügungen . . . . .	15
Vorsorgevollmacht . . . . .	15
Betreuungsverfügung . . . . .	15
Patientenverfügung . . . . .	15
Weitere Informationen . . . . .	16
<b>6. Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung</b> . . . . .	<b>30</b>
<b>7. Checkliste „Erste Schritte bei einem Todesfall“</b> . . . . .	<b>30</b>
<b>8. Hospizverein im Landkreis Kelheim e.V. Lebensbegleitung für schwerkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen.</b> . . . . .	<b>32</b>
<b>9. Begleitung Trauernder</b> . . . . .	<b>33</b>

## Vorwort des Landrats und des Gleichstellungsbeauftragten

**Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,**

natürlich hoffen wir alle, dass der Notfall nie eintritt. Doch oft verändern Schicksalsschläge, sei es durch Krankheit, Unfall oder gar durch einen Todesfall, das ganze Leben. In dieser Situation tritt dann oft die Frage auf, ob der Betroffene alles für sich selbst und gegenüber den Angehörigen geregelt hat.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern für den Notfall. Eingebunden 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 und bewahren Sie diese Mappe leicht erreichbar, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihren Versicherungsunterlagen auf.

Gut vorgesorgt zu haben, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen. Weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf die Möglichkeit einer Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für jüngere Personen Sinn macht.

Sie können diese Mappe beim Zentrum für Chancengleichheit im Landratsamt Kelheim, Telefon 09441 207-1040 anfordern oder aber auch als pdf-Datei auf den Seiten der Seniorenstelle unter [www.landkreis-kelheim.de](http://www.landkreis-kelheim.de) herunterladen.

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

Herzliche Grüße



Martin Neumeyer  
Landrat



Christian Gabler  
Gleichstellungsbeauftragter

## Vorwort der Betreuungsstelle

### Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

auch wir – die Mitarbeiter der Betreuungsstelle – freuen uns über Ihr Interesse an dieser Broschüre, mit welcher Sie für den Notfall Vorsorge treffen wollen.

Die Zusammenstellung wichtiger Daten, Versicherungs-, Konto- oder Telefonnummern und Ansprechpartner erleichtert ganz gewiss Ihren Angehörigen im Ernstfall die dann wahrzunehmenden Aufgaben.

Allerdings ist zu bedenken, dass Ihre Vertrauenspersonen – und das gilt auch für Ehepartner und Kinder – zunächst mit einer offiziellen rechtlichen Vertretungsbefugnis ausgestattet sein müssen, um überhaupt für Sie handeln und entscheiden zu können.

Folgendes gibt es dabei zu überlegen:

Sollen Ihre Vertrauenspersonen über eine gerichtlich angeordnete und überwachte Betreuung zu gesetzlichen Vertretern werden – dann können Sie mit einer Betreuungsverfügung auf Auswahl des Betreuers Einfluss nehmen und Vorgaben zur Betreuungsführung aufstellen.

Oder wollen Sie lieber selbst Ihre/n spätere/n Vertreter/innen bestimmen? Dann sollte eine Vollmacht erstellt werden. Es erfolgt hierbei weitgehend keine gerichtliche Einmischung und Kontrolle.

Und im Rahmen ärztlicher Behandlungen haben Ihr/e Betreuer/innen oder Bevollmächtigten später vielleicht auch über lebensverlängernde Maßnahmen zu entscheiden – dabei spielt eine Patientenverfügung eine große Rolle.

Weil „Rechtliche Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ eigentlich vorrangig geklärt sein sollte, befinden sich entsprechende Informationen und Vordrucke hierzu in der Broschüre.

Lassen Sie sich nicht abschrecken, sondern nehmen Sie die Möglichkeiten dieser Form von Selbstbestimmung wahr – dazu hat sie der Gesetzgeber geschaffen!

Da all diese rechtlichen Regelungen, Willens- und Wunschbekundungen ein schwieriges Thema umfassen, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der Betreuungsstelle jederzeit gerne zu einer persönlichen Beratung zur Verfügung.

Vielleicht sehen wir uns!

Die Aufteilung auf die einzelnen Sachbearbeiter erfolgt nach den Anfangsbuchstaben des jeweiligen Nachnamens.

#### **Zuständig für Betreuungsgerichtshilfe Beratung/Beglaubigung Vorsorgevollmacht, Betreuungs-, Patientenverfügung im nördlichen Landkreis:**

Buchst. A - G	Frau Haider	09441 207-5219
Buchst. H - Kn	Frau Borst	09441 207-5217
Buchst. Ko - O	Frau Utz	09441 207-5217
Buchst. P - Z	Herr Schuster	09441 207-5218

#### **Zuständig für Betreuungsgerichtshilfe Beratung/Beglaubigung Vorsorgevollmacht, Betreuungs-, Patientenverfügung in Neustadt, Aiglsbach, Elsendorf, Mainburg, Attenhofen und Volkenschwand:**

Herr Geismeyer	08751 8651-12, Montag bis Mittwoch
Frau Zirngibl	08751 8651-12

(zusätzlich noch für Abensberg, Biburg, Kirchdorf, Siegenburg, Wildenberg und Train), Donnerstag und Freitag

**Um telefonische Terminvereinbarung wird gebeten.**

# 1. Persönliche Daten, wichtige Rufnummern

## 1.1 Persönliche Daten

---

Name

Vorname

---

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

---

Telefon

Blutgruppe

---

Handynummer

E-Mail-Adresse

---

Verwahrung der Urkunde/Stammbaum/Sterbeurkunde/Scheidungsurteil

---

Steuer-Identifikations-Nummer

## 1.2 Im Notfall zu benachrichtigen

---

Name

Vorname

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

---

Telefon

Telefax

---

Handynummer

E-Mail-Adresse

---

Name

Vorname

---

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

---

Telefon

Telefax

---

Handynummer

E-Mail-Adresse

### 1.3 Hausarzt

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

---

Telefon

Telefax

### 1.4 Apotheke

---

Name der Apotheke

---

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

---

Telefon

Telefax

### 1.5 Wichtige Telefonnummern

Rettungs-/Notarzt- und Feuerwehrnotruf . . . . .	112
Polizei-notruf/Notruf . . . . .	110
Ärztlicher Bereitschaftsdienst. . . . .	116117
Giftnotruf Nürnberg . . . . .	0911 3982451
Giftnotruf München . . . . .	089 19240
Polizeiinspektion Kelheim . . . . .	09441 50420
Polizeiinspektion Mainburg . . . . .	08751 86330
Telefon-Seelsorge. . . . .	0800 1110111 oder 1110222
Hilfe bei Selbstmordgefahr . . . . .	0941 58181
EC-Kartensperrung. . . . .	116116

## 1.6 Mitgliedschaften, Abonnements

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

---

---

---

---

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

---

---

---

---

## 2. Krankenversicherung

### 2.1 Kranken- und Pflegeversicherungen

**Krankenversicherung** (Bitte Name und Anschrift der Krankenkasse sowie die Versicherungsnummer angeben):

---

---

Versicherungskarte befindet sich: \_\_\_\_\_

**Pflegeversicherung** (Bitte Name und Anschrift der Pflegeversicherung sowie die Versicherungsnummer angeben):

---

---

**Weitere Krankenversicherungen** (z.B. Krankenhaus-Zusatzversicherung) Bitte Name und Anschrift der Versicherung sowie Versicherungsnummer angeben:

---

---

## 2.2 Behandlungen und Medikamente

### Ärztliche Behandlungen – ambulant

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

### Medikamente

Name des Medikaments	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit

**Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Substanzen ein (Marcumar etc.):**

ja    nein

Welches: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Zahnärztliche Behandlungen:

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

### Zahnärztlicher Klinikaufenthalt:

Datum von/bis	Grund des Klinikaufenthaltes (Diagnose)	Name/Anschrift der Klinik

## 2.3 Allergien, Impfungen, Organspendeausweis, Sonstiges

Allergien: \_\_\_\_\_

Allergiepass vorhanden  ja  nein

Nachweis von Impfungen  ja  nein

Impfbuch vorhanden  ja  nein

Organspendeausweis vorhanden  ja  nein

Der Allergiepass, das Impf-Buch und der Organspende-Ausweis befinden sich:

Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke:

---

---

---

---

## 3. Versicherungen

### 3.1 Rente/Versorgung

#### a) Deutsche Rentenversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

#### b) Private Rentenversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

#### b) Weitere Altersvorsorgen

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

#### d) Beamtenversorgung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.2 Sterbegeldversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.3 Lebensversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.4 Unfallversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.5 Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.6 Hausratversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.7 Brandversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.8 Kfz.-Versicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.9 Gebäudeversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3.10 Weitere Versicherungen

Art der Versicherung: \_\_\_\_\_

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

örtl. zust. Vertreter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

## 4. Vermögensaufstellung/Verbindlichkeiten

### 4.1 Grundbesitz

Mein Grundbesitz ist eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ Blatt: \_\_\_\_\_

und: \_\_\_\_\_

Ich bin Alleineigentümer/Miteigentümer zusammen mit:

\_\_\_\_\_

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

### 4.2 Girokonten

Girokonto

Nr.: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Girokonto

Nr.: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

### 4.3 Sparkonten

Sparkassenbuch-Nr.: \_\_\_\_\_ der Sparkasse: \_\_\_\_\_

Es befindet sich: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Sparkassenbuch-Nr.: \_\_\_\_\_ der Sparkasse: \_\_\_\_\_

Es befindet sich: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Sparkassenbuch-Nr.: \_\_\_\_\_ der Sparkasse: \_\_\_\_\_

Es befindet sich: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

### 4.4 Weitere Konten

bei \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ /Art des Kontos \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ /Art des Kontos \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ /Art des Kontos \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ /Art des Kontos \_\_\_\_\_

#### 4.5 Bausparvertrag

Nr: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

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

#### 4.6 Wertpapiere/Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände

---

---

---

#### 4.7 Vollmachten

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

---

Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_ Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_

Die Vollmacht befindet sich: \_\_\_\_\_

#### 4.8 Verbindlichkeiten

Darlehensgeber Betrag Fälligkeit Tilgung

---

---

---

---

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

#### 4.9 Bankschließfach

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Schließfachnummer: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Der Schlüssel befindet sich: \_\_\_\_\_

## 5. Rechtliche Vertretung/Vorsorgliche Verfügungen für den Fall eigener Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit

Es kann jedem passieren, durch Unfall Krankheit oder Alter in der eigenen Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit eingeschränkt oder gehindert zu sein – und sei dies auch nur vorübergehend.

Für den Fall vorübergehender Krankheit und Bewusstlosigkeit hat der Gesetzgeber zum 1.1.2023 mit § 1358 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB – ein **Ehegattenvertretungsrecht in Angelegenheiten der Gesundheitssorge** geschaffen:

Wenn ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitssorge rechtlich nicht besorgen kann, ist der andere Ehegatte berechtigt, diesbezüglich bestimmte Regelungen zu treffen:

- Entscheidung über ärztliche Maßnahmen
- Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen (sog. „Fixierungen“)
- Entscheidung über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und Pflege
- Abschluss von Behandlungs- und Krankenhausverträgen
- Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber Leistungserbringern

Es ist dieses Vertretungsbefugnis jedoch nur in engem und vorübergehendem Zusammenhang mit der Bewusstlosigkeit und Krankheit des Ehepartners anwendbar – **längstens für ein halbes Jahr**.

Ferner gibt es Ausschlussgründe für die Anwendbarkeit dieser Vertretungsbefugnis (z.B. Getrenntleben, wiederholte Inanspruchnahme).

Wer aber soll langfristig über ärztliche Behandlungsmaßnahmen entscheiden, einen dauerhaften Heimvertrag abschließen, die Wohnung auflösen, Sozialleistungen und Renten beantragen, das Vermögen verwalten und vieles mehr, wenn man **dauerhaft** hierzu selbst nicht mehr in der Lage ist?

Sogar engste Angehörige – also auch Kinder oder sonstige Vertrauenspersonen – haben hierzu keine automatische Handlungsbefugnis.

Diese Personen müssen ausdrücklich eine rechtliche Vertretungsbefugnis übertragen bekommen und nachweisen.

Diese spätere rechtliche Vertretung kann man jedoch selbst vorsorgend gestalten durch die Erstellung einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung.

Ferner kann durch eine Patientenverfügung der eigene Behandlungswunsch und -wille für eine spätere (zumeist aussichtslose und unumkehrbare) Krankheitssituation geäußert werden.

Zusammenfassend hier ein kurzer Überblick über diese vorsorglichen Verfügungen und der Hinweis auf weitergehende Informationen:

## 5.1 Vorsorgliche Verfügungen

### Vorsorgevollmacht

Mit dieser Verfügung wird einer Vertrauensperson auf privatrechtlicher Ebene „vorsorglich“ für den Fall eigener Handlungs- oder Entscheidungsfähigkeit eine rechtliche Vertretungsbefugnis für bestimmte oder alle Lebensbereiche erteilt.

Das heißt, der Betroffene (Vollmachtgeber) selbst und nicht später das Betreuungsgericht bestimmen, wer im Fall von Krankheit, Alter oder o.ä. in welchen Lebensbereichen als rechtlicher Vertreter fungieren soll.

**Eine gerichtlich angeordnete Betreuung kann so vermieden werden** – die staatliche Überprüfung der Hilfsbedürftigkeit des Vollmachtgebers oder eine Kontrolle der bevollmächtigten Person/en erfolgt später grundsätzlich nicht.

(Das heißt: es erfolgt keine Einmischung des Staates, aber es besteht auch die Gefahr eines Vollmachtmissbrauchs.)

Eine Vorsorgevollmacht kann nur von einer noch geschäftsfähigen Person wirksam erstellt werden.

**Zu beachten: Die Gültigkeit des Dokuments ist von einigen wichtigen Formvorschriften abhängig.**

### Betreuungsverfügung

Soweit keine privaten Regelungen getroffen werden, bestellt im Fall der Entscheidungsunfähigkeit einer Person das Betreuungsgericht einen „Betreuer“ als gesetzlichen Vertreter (vorzugsweise Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen).

Dabei prüft das Gericht anhand der aktuellen Situation, in welchen Bereichen („Aufgabenbereichen“) der Betreuer für den Betroffenen tätig werden muss.

Während der gesamten Dauer der Betreuung untersteht der Betreuer der betreuungsgerichtlichen Aufsicht und bedarf bei wichtigen Entscheidungen im Bereich der Personen- und Vermögenssorge der Genehmigung des Gerichts (z. B. Wohnungsauflösung, gefährliche ärztliche oder freiheitsentziehende Maßnahmen, Anlage oder Verwendung von Betreutenvermögen).

**Mit einer Betreuungsverfügung bestimmt man vorab, wer als Betreuer bestellt oder nicht bestellt werden soll und gibt (für Amtsgericht und Betreuer verbindliche) Richtlinien vor, wie die Betreuung zu führen ist, welche Wünsche zu beachten sind.**

Eine Betreuungsverfügung kann auch eine nicht mehr geschäftsfähige Person erstellen.

### Patientenverfügung

**Mit einer Patientenverfügung kann ein Volljähriger für den Fall der späteren Entscheidungsunfähigkeit schriftlich im Voraus festlegen, ob oder wie er in späteren Krankheitssituationen behandelt werden möchte.** In erster Linie bezieht sich diese Willensbekundung auf Maßnahmen der Sterbehilfe.

**Zu beachten: Eine rechtliche Vertretung wird mit dieser Verfügung nicht geschaffen!**

Volljährigkeit und „Einwilligungsfähigkeit“ (nicht Geschäftsfähigkeit!) sind Voraussetzungen für die wirksame Erteilung Patientenverfügung.

## Weitere Informationen

### Bayerisches Staatsministerium der Justiz

Folgende Broschüren des Bayerischen Justizministeriums sind erhältlich gegen Entgelt im Einzelhandel (Verlag C.H. Beck)

- „Der große Vorsorgeberater“ (1/2023, ISBN: 978-3-406-79916-7)
- „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ (1/2023, ISBN: 978-3-406-79609-8)
- „Die Vorsorgevollmacht“ (1/2023, ISBN: 978-3-406-79578-7)
- „Meine Rechte als Betreuer und Betreuter“ (1/2023, ISBN: 978-3-406-79560-2)

bzw. kostenlos verfügbar als pdf-Datei

[www.justiz.bayern.de](http://www.justiz.bayern.de) > Lebenslagen > Broschüren > Vorsorge und Betreuung

### Bundesministerium der Justiz

- „Betreuungsrecht – Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht“ (1/2023)  
Diese Broschüre enthält weitergehende Informationen bzw. sogar Vordrucke zur Registrierung vorsorglicher Verfügungen im Zentralen Vorsorgeregister Berlin.
- „Patientenverfügung – Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten?“ (1/2023)

Die Broschüren des Bundesjustizministeriums können als pdf-Datei gelesen oder angefordert werden unter [www.bmj.bund.de/Publikationen/Broschüren](http://www.bmj.bund.de/Publikationen/Broschüren)

## Wichtige Hinweise zum Vordruckteil

Auf den nachfolgenden Seiten haben wir für Sie Vordrucke eingefügt, die Sie gerne verwenden können. Zu beachten ist allerdings, dass jeder Bevollmächtigte eine eigene Vollmacht (als „Ausweis“ für seine Handlungsbefugnis) in der Hand haben sollte.

Ferner gilt es gerade bei der Vorsorgevollmacht wichtige Formvorschriften zu beachten.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter der Betreuungsstelle – siehe Seite 4 dieser Broschüre!

Bei schwierigen familiären Gegebenheiten sowie bei Vorhandensein größerer Vermögenswerte oder von Unternehmen, empfehlen wir die Beratung und Beurkundung durch einen Notar.



# Vollmacht

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

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Wohnsitzland)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, E-Mail)

**erteile hiermit Vollmacht an:**

\_\_\_\_\_  
(bevollmächtigte Person)

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Wohnsitzland)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, E-Mail)

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

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

## Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 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 ihrerseits mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ja  Nein
- 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 (§ 1829 Abs. 1 BGB).\*) siehe unten Ja  Nein
- 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 (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. \*) siehe unten 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 (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs.4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse erforderlich ist.  
\*) siehe unten

Ja  Nein

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.
- Sie darf meinen Haushalt auflösen.
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen.
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

## Vermögenssorge **(Wichtig: Bitte beachten Sie die Hinweise auf der letzten Seite dieses Vordrucks!)**

- 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
  - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
  - Verbindlichkeiten eingehen
  - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
  - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen).
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

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

\*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ § 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2, 4 und 5 BGB).

## Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post - auch mit dem Vermerk "eigenhändig" - entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. 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, insbesondere Benutzerkonten (z. B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), 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

## 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 vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

Ja  Nein

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers**

## **Wichtiger Hinweis zur Vermögenssorge:**

Banken, Sparkassen und Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf eigenen Vordrucken. Halten Sie diesbezüglich bitte Rücksprache mit Ihrer Bank.

Bei Erwerb und Verkauf einer Immobilie, zur Ummeldung bei der Meldebehörde und zur Erbausschlagung durch den Bevollmächtigten muss die Unterschrift des Vollmachtgebers durch den Notar oder die Urkundsperson der Betreuungsbehörde beglaubigt sein.

Die Wirkung der betreuungsbehördlichen Beglaubigung endet ab 01.01.2023 mit dem Tod des Vollmachtgebers.

Für die Aufnahme von Darlehen ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich, für Handelsgewerbe wird dies empfohlen.

**Folgende ärztliche Bestätigung ist kein Formerfordernis, kann aus Erfahrung der Betreuungsstelle aber der Akzeptanz der Vollmacht dienen:**

Der/Die Vollmachtgeber/in hat Art, Bedeutung und Tragweite der Vollmacht verstanden und war zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung geschäftsfähig:

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift Arzt/Hausarzt

## Auftrags-/Innenverhältnis zur Vollmacht vom

Im Innenverhältnis zur Vollmacht werden folgende Vereinbarungen getroffen zwischen:

\_\_\_\_\_  
Vollmachtgeber

und

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

Von der Vollmacht darf erst Gebrauch gemacht werden, wenn der Vollmachtgeber in Folge Unfall, Krankheit oder aus Altersgründen nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen.

Das Auftragsverhältnis kann von jeder Seite ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Die Vollmacht ist jederzeit widerruflich.

### Bei Bevollmächtigung mehrerer Personen:

Die Bevollmächtigten sind jeweils allein vertretungsbefugt. Jede/r Bevollmächtigte ist berechtigt, den Vollmachtgeber in den in der Vollmacht genannten Aufgabenkreisen allein zu vertreten.

**oder**

Nur als Ersatzbevollmächtigte/r wird/werden bestimmt:

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

Der/Die Ersatzbevollmächtigte/n darf/dürfen erst handeln, wenn der/die Hauptbevollmächtigte nicht mehr in der Lage oder Willens bzw. vorübergehend verhindert ist/sind (z.B. Urlaub oder Krankheit), die Vollmacht auszuüben. Sollte der/die Bevollmächtigte nicht mehr in der Lage oder Willens sein, die Vollmacht auszuüben, so hat er/sie die Vollmachtsurkunde und alle Unterlagen an den/die Ersatzbevollmächtigte/n herauszugeben. Diese Verpflichtung trifft auch die Erben des/der Bevollmächtigten im Falle seines/ihres Todes.

Ansonsten treffe ich zur Handhabung der Vollmacht die umseitig genannten Bestimmungen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Vollmachtgeber

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

**Weitere Bestimmungen zur Handhabung der Vollmacht**

Empty rectangular box for additional provisions regarding the handling of the power of attorney.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/in

## Betreuungsverfügung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Es kann geschehen, dass ich durch Alter, Krankheit, Behinderung oder Unfall in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr besorgen kann.

Wenn bei mir der oben genannte Zustand eintritt, erwarte ich, dass meinem in der folgenden Betreuungsverfügung festgelegten Willen Folge geleistet wird:

Als Person/en, die mich betreuen sollten, schlage ich vor:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Ich kenne derzeit niemanden, den ich als Betreuer/in vorschlagen könnte und verlasse mich bei der Auswahl auf die gewissenhafte Entscheidung des Gerichts.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Meine Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung in Bezug auf:**

a) Sorge für meine Gesundheit: (siehe auch gesonderte Patientenverfügung)

b) Pflegerische Versorgung

c) Verwaltung meines Vermögens

d) Sonstige Wünsche

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Vollmachtgeber/in



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 angekreuzt bzw. beigefügt.

- 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 Nr. 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 Nr. 1. beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:**

- Die Unterlassung von 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.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

**4. In den von mir unter Nr. 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) 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)

- durch Seelsorge \_\_\_\_\_

- durch Hospizdienst \_\_\_\_\_

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

**Hinweis auf erteilte Vollmacht(en):**

Name des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.
- 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!)**

**Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht zwingend 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: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\*) 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.)

## Meine Wertvorstellungen

Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung

Name, Vorname:

Anschrift:

Datum:

Ort, Datum

Unterschrift

## 6. 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)

### Bitte mitnehmen:

- 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. Vorsorgevollmacht
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

## 7. 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.**

- 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 vom Krankenhaus übernommen.
- nächste Angehörige benachrichtigen
- Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung
- überlegen, ob Aschenbeisetzung, Bestattung im Friedwald (Ruhestätte in der Natur), Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab
- 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.

- Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes festgelegt und der Tag der Beisetzung festgelegt.
- Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
- umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen
- Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen
- schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen
- schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ ...) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge

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

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:

## 8. Hospizverein im Landkreis Kelheim e.V. Lebensbegleitung für schwerkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und dem Sterben lieber Menschen wird heutzutage häufig hinaus geschoben oder findet gar nicht statt. Der Schwerkranke, seine Angehörigen sowie Freunde und Bekannte sind zum Teil sehr verunsichert, wissen nicht wie sie mit der Situation des Sterbens, des Abschiednehmens umgehen sollen.

Ehrenamtliche gut vorbereitete Begleiterinnen und Begleiter des Hospizvereins im Landkreis Kelheim e.V. bieten deshalb dem schwerkranken Menschen und seiner Familie in dieser herausfordernden Situation kostenlos ihre Unterstützung an. Es sind Frauen und Männer mit individuellen Lebenserfahrungen, mit ganz unterschiedlichen Berufen, Interessen und Konfessionen. Sie haben für ihre ehrenamtliche Arbeit an einer qualifizierten Ausbildung teilgenommen und ergänzen diese durch jährliche Fortbildungen.

Sie unterliegen der absoluten Schweigepflicht, dürfen keine Informationen die sie bei ihrem Einsatz erhalten nach außen tragen.

Hospizhelfer sind bei den Kranken, führen Gespräche, hören zu, lesen vor, stellen Kontakt zu Verwandten her, geben praktische und geistige Hilfe.

Angehörige sind mit der Begleitung eines schwerkranken oder sterbenden Menschen oft überfordert. Hier bieten die ehrenamtlichen Helfer Entlastung, indem sie sich im Gespräch mit den Ängsten, Sorgen und Nöten der Angehörigen auseinandersetzen. Zudem kann sich ein Angehöriger auch einmal eine Auszeit für sich nehmen, weil die Hospizhelfer bei dem Kranken sind – ob zu Hause, im Krankenhaus oder im Altenheim.

Das kostenlose Angebot des Hospizvereins im Landkreis Kelheim e.V. soll die Arbeit aller an der Pflege und Betreuung Sterbender beteiligter Einrichtungen (z.B. Brückenpflege, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen) unterstützen.

Kontakt: Hospizverein im Landkreis Kelheim e.V.

Barbara-von-Eck-Str. 1 (Zugang über Klausenstr.), 93309 Kelheim

Telefon: 0175 3506607

E-Mail: [info@hospizverein-landkreis-kelheim.de](mailto:info@hospizverein-landkreis-kelheim.de)





## 9. Begleitung Trauernder

Sie haben einen Ihnen nahe stehenden Menschen verloren? Sie sind traurig, auf einmal ist da eine große Leere? Sie fühlen sich selbst von vertrauten Menschen oft nicht verstanden?

Der Hospizverein lädt Sie zu Einzelgesprächen mit unseren Trauerbegleiter/innen ein. Sie können in unseren offenen oder geschlossenen Trauergesprächskreisen in Kelheim, Abensberg und Mainburg Menschen begegnen, die auch einen nahestehenden Menschen verloren haben oder das Trauer- und Lebenscafé in Kelheim besuchen.

### **Einzelbegleitung**

Wer trauert, braucht jemanden, dem er sich offen mitteilen kann. Unsere Trauerbegleiterinnen helfen Ihnen mit einem Einzelgespräch oder einer längeren Einzelbegleitung.

Das **Trauer- und Lebenscafé Kelheim** ist eine Oase für Menschen, die in ihrer Trauer gefangen sind. Es ist eine kostenlose und unverbindliche Anlaufstelle für alle, die einen nahestehenden Menschen verloren haben. Es findet jeweils am 2. Samstag im Monat von 15.00 bis 17.00 Uhr im Evangelischen Gemeindezentrum, Ludwigstr. 2, 93309 Kelheim statt. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Nähere Informationen bei Michaela Thoma, Tel.: 09441 4495

### **Offener Trauergesprächskreis**

Im offenen Trauergesprächskreis können Sie Ihre Sorgen, Nöte, Gedanken und Gefühle miteinander besprechen und teilen. Sie finden einmal monatlich in Kelheim und Abensberg von April bis September statt.

Der Trauergesprächskreis in Mainburg ist ein Angebot über das ganze Jahr. Es können immer wieder neue Teilnehmer/innen zur Gruppe dazukommen.

Ansprechpartnerin Raum Kelheim: Annette Anzinger-Baur, Tel.: 09441 10000

Raum Abensberg: Alfred Stocker, Tel.: 09443 5614, Edith Brodbeck, Tel.: 09443 3897

Veranstaltungsort: Barbarasaal des kath. Pfarrheimes Abensberg, Theoderichstr. 11

Ansprechpartnerin Raum Mainburg: Marlene Lesmeister, Tel.: 08751 1513

Veranstaltungsort: Katholisches Pfarrheim, Am Gabis 7, 84048 Mainburg

### **Geschlossener Trauergesprächskreis**

Von Oktober bis März findet in Kelheim und Abensberg jeweils ein geschlossener Trauergesprächskreis mit aufeinander aufbauenden Themen an 10 Abenden statt. Die Teilnehmer werden am ersten Abend über den Aufbau des Gesprächskreises informiert.

Ansprechpartnerin Raum Kelheim:

Annette Anzinger-Baur, Tel. 09441 10000

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner Raum Abensberg:

Edith Brodbeck, Tel. 09443 3897

Alfred Stocker, Tel. 09443 5614

# Für den Notfall

Zur Aufbewahrung in der Börse/bei den Ausweispapieren

<b>Ich habe eine</b>		<b>Patientenverfügung</b>		<b>Vorsorgevollmacht</b>
<b>Name</b>				
<b>Straße</b>				
<b>PLZ/Ort</b>				
<b>Meine Vertrauensperson/en (Name/Anschrift/Handy- oder Telefonnummer):</b>				

## Organspendeausweis

**Organspendeausweis**

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

# Organspende

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße ..... PLZ, Wohnort .....

**Organspende**  
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder  JA, ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe: .....

oder  JA, ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe: .....

oder  NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder  Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname ..... Telefon .....

Straße ..... PLZ, Wohnort .....

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise

DATUM ..... UNTERSCHRIFT .....

### Weitere Infos:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln  
 Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300  
 E-Mail: poststelle@bzga.de

Der Organspendeausweis kann direkt im Internet heruntergeladen werden:

**[www.organspende-info.de](http://www.organspende-info.de)**

## Gesundheitsregion<sup>plus</sup> im Landkreis Kelheim

Seit Beginn des Jahres 2022 ist der Landkreis Kelheim nun Gesundheitsregionplus und gehört damit zu den 60 vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Projektregionen. Die Geschäftsstelle der Gesundheitsregionplus, die im Zentrum für Chancengleichheit im Landratsamt Kelheim angesiedelt ist, wird seit 1. Juni 2022 von Franziska Neumeier geleitet.

### Ziele der Gesundheitsregionen in Bayern

- Optimierung der Gesundheitsversorgung und -förderung/Prävention
- Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung
- Ausgleich gesundheitlicher Chancengleichheit

Das Netzwerk der Gesundheitsregionenplus besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Kommunalpolitik und allen, die vor Ort bei der gesundheitlichen Versorgung und Prävention eine wesentliche Rolle spielen.

Die Geschäftsstellenleiterin, Franziska Neumeier, möchte für die Bevölkerung im Landkreis nachhaltig gesundheitsförderliche Lebensbedingungen schaffen. Dabei stehen für sie gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung die Gewinnung und Sicherung von Fachkräften im Bereich der Pflege im Fokus. Aber auch für Kinder und Jugendliche, die besonders unter dem Pandemiegeschehen gelitten haben, möchte sie die Angebote zum gesunden Aufwachsen in der Region ausbauen.

Bürgerinnen und Bürger sollen unabhängig von Gesundheitszustand oder finanziellem Hintergrund durch ein umfangreiches Gesundheitsbewusstsein und optimale Versorgung die Möglichkeit haben gesund leben zu können. Dies soll durch kreative, innovative und nachhaltige Angebote, die genau auf die Bedarfe der Bevölkerung im Landkreis Kelheim zugeschnitten sind, erreicht werden. Gerne steht Ihnen Franziska Neumeier als Ansprechpartnerin zur Verfügung und hilft mit Rat und Tat bei jeglichen gesundheitsbezogenen Themen oder Fragen.

### Kontakt:

Franziska Neumeier, Landratsamt Kelheim  
Tel.: 09441 207-1043  
E-Mail: gesundheitsregionplus@landkreis-kelheim.de  
oder  
franziska.neumeier@landkreis-kelheim.de

## Impressum

### Herausgeber

Zentrum für Chancengleichheit im Landratsamt Kelheim  
Christian Gabler  
Donaupark 12  
93309 Kelheim  
Tel.: 09441 207-1040  
E-Mail: zfc@landkreis-kelheim.de

Die in der Notfallmappe zusammengestellten Informationen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, wurden jedoch sorgfältig recherchiert. Aus diesem Grund können an den Herausgeber keine rechtlichen Ansprüche gestellt werden. Anregungen, Ergänzungen und Berichtigungen nimmt das Zentrum für Chancengleichheit gerne entgegen. Stand: 8/2022



**Landratsamt Kelheim**

Donaupark 12

93309 Kelheim

Telefon 09441 207-0

Telefax 09441 207-1150

[poststelle@landkreis-kelheim.de](mailto:poststelle@landkreis-kelheim.de)

[www.landkreis-kelheim.de](http://www.landkreis-kelheim.de)