



# Notfall- und Vorsorgemappe



**BAD WINDSHEIM**  
Frankens Quelle der Gesundheit

## Ausfüll- und Bearbeitungshinweise

Nehmen Sie sich die Zeit, die Notfall- und Vorsorgemappe vollständig auszufüllen. Nutzen Sie die Möglichkeit, weitere Blätter, Formulare und Urkunden, die Ihnen wichtig erscheinen, einzufügen. Eine wichtige Voraussetzung für die Nutzerinnen und Nutzer der Mappe ist es, dass die Einträge regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. So können auch für den Fall, dass Sie in einer Notsituation keine Auskunft geben können, alle nötigen Informationen weitergegeben werden. Ihre Vertrauenspersonen werden Ihnen beim Ausfüllen der Vordrucke sicher gerne helfen. Auf der hinteren Innenseite dieser Mappe finden Sie auch Kontaktdaten von Beratungsstellen.

Für den Fall, dass Sie ein vorgedrucktes Exemplar in den Händen halten und Probleme mit dem Ausfüllen in Druckbuchstaben haben, können Sie die Notfall- und Vorsorgemappe auch im Internet herunterladen unter: <https://stadt.bad-windsheim.de/rathaus-buerger/alle-downloads/broschueren>

Diese Download-Datei enthält die nachfolgenden Seiten und ist ergänzt um Seiten mit weiteren wichtigen Fragen sowie einzelne Wiederholungsseiten.

Diese PDF-Datei oder auch nur zu ändernde Seiten können mit Hilfe eines Computers ausgefüllt und ausgedruckt werden.

## Weitere Hinweise

- Wenn Sie z.B. einen roten A4-Aktenordner für Ihre Unterlagen anschaffen und in der Notfall- und Vorsorgemappe darauf verweisen, wird der Helfende sicher schnell alles Notwendige finden. Mit Registerblättern lässt sich der Ordner nach den Themen unterteilen.
- Bewahren Sie das Notarzt-Blatt mit dem Notfall-Telefax (Rückseite) gut sichtbar in der Nähe der Eingangstür oder des Telefons auf. Die Notfall- und Vorsorgemappe sollte an einer Stelle aufbewahrt werden, die Ihren Vertrauenspersonen bekannt ist, zum Beispiel bei Ihren Versicherungsunterlagen.
- Sie sollten die Mappe nach dem Ausdrucken auf dem Computer löschen und den Ausdruck an einem sicheren Ort verwahren. Computer sind kein sicherer Ort zum Aufbewahren von vertraulichen Daten!
- Das nachfolgende Telefonverzeichnis können Sie herausnehmen und in einer Klarsichtfolie zum Telefon legen. Auf der Rückseite finden Sie das Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung.

## Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

heute halten Sie unsere Vorsorge- und Notfallmappe in den Händen oder sehen Sie digital auf Ihrem Bildschirm, herausgegeben von der Stadt Bad Windsheim und finanziert im Rahmen des Förderprogramms Demografiefeste Kommune. Zusammen mit dem Quartiersmanagement der Stadt haben wir für Sie Informationen und wichtige Vordrucke zusammengetragen, mit denen Sie Ihre Gesundheit ein großes Stück weit selbst in der Hand haben. Nutzen Sie diese Chance! Diese Mappe und deren Inhalt war mir von besonderer Wichtigkeit. Gerne wurde sie von mir maßgeblich initiiert und nun können Sie sich daran erfreuen bzw. die Früchte ernten.



Derzeit wird viel über die elektronische Patientenakte gesprochen. Doch sind wir weit davon entfernt, dass alle gesundheitsrelevanten Daten eines Patienten in einem zentralen System gespeichert und auch im Notfall schnell und vollständig abgerufen werden können. Deshalb ist es umso wichtiger, dass Sie alle wichtigen Unterlagen, die Sie persönlich und ggf. Ihre krankheitsbedingte Vorgeschichte betreffen, gesamtheitlich und vollständig dokumentieren und pflegen. Damit unterstützen Sie im Vorfeld diejenigen Menschen, die Ihnen im Bedarfsfall helfen. Und Sie stellen sicher, dass es keine Wissenslücken geben kann und auch kein Raum für fehlerhafte Interpretation und Missverständnisse bleibt.

Ich lege Ihnen ans Herz: Gehen Sie mit viel Offenheit an das Thema Vorsorge heran, treffen Sie eigene und gute Entscheidungen, bestenfalls auch gemeinsam mit Ihrer Familie. Vergessen Sie dabei nie, dass man stets die Freiheit behält, sich umzuentcheiden, sollte man dieses Papier mit seinen Inhalten noch einmal durchdenken. Sie können jederzeit einzelne Seiten erneut ausdrucken bzw. vorher kopieren und austauschen. Nichts ist in Stein gemeißelt, sondern lediglich für die nahe Zukunft niedergeschrieben und damit für Ersthelfer, Ärzte und Ihre Angehörigen erfahrbar. Bewahren Sie diese Mappe an einem zentralen, gut einsehbaren Ort auf, der für jeden Suchenden sofort auffindbar ist. Lassen Sie uns generationenübergreifend partnerschaftlich zusammenhalten, denn ein Unfall oder eine Krankheit kann auch jüngere Menschen unerwartet treffen.

Darum lassen Sie uns optimistisch bleiben und in die Hand nehmen, was sich in unserem persönlichen Wirkungskreis befindet. Und der Gebrauch dieser Vorsorge- und Notfallmappe hat wahrlich Wirkung. Sie ermöglicht es vertrauten Menschen und Medizinerinnen auf Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen und sie kann im Notfall Ihr Leben retten und damit verlängern. Jeden von uns kann es treffen. Wir alle können von heute auf morgen in eine Situation geraten, in der wir uns nicht mehr selbst um unsere Angelegenheiten kümmern können. Daher ist Vorsorge stets die beste Sorge, wobei es zugleich erleichternd sein kann, wenn man weiß, dass man alles selbst geregelt hat.

Im Bereich der Kreispolitik sind wir dran, die Pflege vor Ort zu sichern. Mit dem Umzug der Pflegeschule ins Georg-Wilhelm-Steller-Gymnasium und dem neuen internationalen Pflegecampus in nächster Nähe stärken wir Bad Windsheim, Frankens Quelle der Gesundheit, als Gesundheitsstandort im Landkreis. Der Pflegecampus in Bad Windsheim ist ein Modellprojekt zur Ausbildung und Integration internationaler Pflegekräfte, das Wohnraum, Sprachförderung und kulturelle Begleitung mit einer praxisnahen Ausbildung verbindet, um dem Fachkräftemangel in der Pflege nachhaltig zu begegnen.

Lassen Sie uns stets gemeinsam vorausschauen und uns darauf freuen, was die Zukunft bringt. In 2027 wartet das heilsamste Sommerfest Bayerns auf uns, eine Landesgartenschau für Sie und die gesamte Region, welche unsere Heimat nachhaltig bereichern und stärken wird, auch im Gesundheitssektor.

Ich wünsche Ihnen viel Offenheit für das, was kommen wird, gute Entscheidungen für Sie persönlich und für Ihre Familie, vor allem jedoch, dass Sie gesund bleiben.

Mit den besten Grüßen aus dem Rathaus,

Ihr



Jürgen Heckel

Erster Bürgermeister der Stadt Bad Windsheim

## Teil 1 - Mappe für Notfall und Krankenhauseinweisung der Stadt Bad Windsheim

1. Notruf-Telefonnummern.....	9
2. Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung.....	10
3. Notarztblatt.....	11
4. Notfall-Telefax 112.....	12
5. Persönliche Daten.....	13
6. Hausarzt/in - Betreuer/in - Kranken- und Pflegeversicherung.....	14
7. Zu benachrichtigende Personen / Bezugspersonen.....	15
o Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en	
8. Betreuung - Versorgung - Unterstützung.....	16
o Personen, die für meine Wohnung oder sonstige Räume Schlüssel besitzen	
o Betreuung Wohnung / Garten / Haustiere	
9. Vorsorgevollmacht.....	17
10. Betreuungsverfügung.....	22
11. Patientenverfügung.....	24
12. Weitere Vollmachten, Informationen zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung, Konto-/Depot-Vollmacht.....	33
13. Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht.....	34
14. Informationsvollmacht.....	35
15. Notfall-Ausweise.....	36
o Organspende-Ausweis	
o Allergie-Pass	
o Röntgen-Pass	
o Impfpass oder Impfnachweise	
o Diabetikerausweis	
o Herzschrittmacherausweis / Defibrillator-Ausweis	
o Blutspende-Ausweis	
o Implantat-Ausweis	
o Marcumar-Ausweis	
o Brillenpass	
o Weitere	
16. Medizinische Daten.....	38
o Im Notfall zu beachten	
o Gegenwärtige Krankheiten	
o Chronische Krankheiten	
o Therapie (z.B. Psychotherapie)	
o Apotheke (bei der ich eine Kundenkarte / Medikamentenliste habe)	
o Behandelnder Zahnarzt	
o Behinderung/en / Anerkennungsbescheid	
o Letzte ambulante und / oder stationäre Behandlungen	
o Operationen	
o Implantate und Transplantationen (Herzschrittmacher, Gelenke, Zähne, Augen)	
17. Notfallkarte.....	42

## Teil 2 - Vorsorgemappe

1. Erwerbstätigkeit.....	44
○ Bei Selbständigkeit	
2. Rente / Versorgung.....	45
○ Gesetzliche Rentenversicherung / Berufsständische Versorgung	
○ Betriebsrente / Zusatzversorgung	
○ Private Rentenversicherung	
○ Beamtenversorgung	
○ Witwen-/Witwer-, Waisenrente	
○ Riester-/Rürup-Rente	
○ Sonstige Versorgungsleistungen (z.B. Leibrente)	
○ Grundsicherung für Arbeitsuchende / im Alter / bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe	
3. Zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherung.....	47
○ Auslands-Krankenversicherung	
○ Private Zahnzusatzversicherung/en	
○ Pflegeversicherung	
○ Pflegezusatzversicherung	
4. Familie.....	48
○ Kinder und deren Kinder	
○ Eltern, Geschwister	
5. Versicherungen.....	50
○ Privathaftpflichtversicherung	
○ Hausratsversicherung	
○ Brandversicherung / Feuerversicherung	
○ Gebäudeversicherung	
○ Privatrechtsschutzversicherung - Verkehrsrechtsschutzversicherung	
○ Lebensversicherung	
○ Private Unfallversicherung	
○ Gesetzliche Unfallversicherung	
○ Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorge / Sterbeversicherung	
6. Fahrzeuge / Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped).....	52
7. Weitere Versicherungen.....	53
8. Daten für Internet, Mail und Computer.....	54
9. Postvollmacht.....	55
10. Einzelvollmacht.....	56
11. Sorgerechtsverfügung.....	57
12. Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht).....	61
13. Verträge (Ausgaben).....	62
14. Weitere Verträge (Ausgaben).....	63
15. Abonnements für Sammlungen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher.....	64
16. Weitere Abonnements.....	65

17. Mitgliedschaften (Vereine, Gewerkschaft, Automobilclubs usw.).....	66
18. Vermögensaufstellung.....	68
○ Grund- und Immobilieneigentum	
○ Girokonten	
○ Sparkonto / Sparbuch	
○ Bausparvertrag	
○ Sonstige Vermögensgegenstände wie Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.	
○ Bestehende private Verträge (Einnahmen)	
19. Verbindlichkeiten (Ausgaben).....	72
○ Darlehen / Kredit von	
20. Checkliste für den Todesfall.....	73
21. Meine Verfügung für den Todesfall.....	76
22. Bestattungsverfügung.....	77
23. Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden.....	85

# Mein Notfall-Infoblatt

## Notfall-Infoblatt (freiwillige Angaben)

Name:	Nationalität:
Vorname/n:	Muttersprache:
Geburtsdatum:	Religion:
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
Blutgruppe:	

Beschreiben Sie jede **Allergie oder Unverträglichkeit** (auch Medikamente) unter der Sie leiden:

---

---

---

Beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien, die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können:

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , wann?
Antikoagulation (Blutverdünnung)	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , wann?
Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , wann?
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
Asthma, Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , Typ?
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , seit:
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , welche?
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , wann?

Impfungen (Präparat, Datum) oder wo haben Sie Ihren Impfpass (Raum/Ort)?



# Mein Notfall-Infoblatt

Gibt es noch **weitere Diagnosen / Informationen**? (z.B. Hör-, Sprech-, Seh- oder Bewegungseinschränkungen, Behinderungen, Hilfsmittel, Sonstiges)

Beschreiben Sie wichtige **operative Eingriffe** (z.B. Unfälle, Implantate):

Welche **Medikamente** nehmen Sie täglich ein? (Präparat / Dosis / seit (Datum), sofern vorhanden, legen Sie der Notfalldose eine Kopie des aktuellen Medikamentenplans bei)

## Ihre Hausarztpraxis:

Name:

Anschrift:

Telefon:

## Wo haben Sie Ihre/n

(Raum/Ort)

Medikamente:

Vorsorgevollmacht:

Patientenverfügung:

Organspendeausweis:

Notfallordner:

## Wer pflegt Sie? Privat / Pflegedienst:

Name:

Anschrift:

Telefon Arbeit:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Kleben Sie hier Ihr  
Foto ein, wenn mehr  
als eine Person im  
Haushalt lebt.



# Teil 1

## Mappe für Notfall und Krankenhouseinweisung der Stadt Bad Windsheim

# Notruf-Telefonnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	Notruf 110
Feuerwehr	Notruf 112
Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst (bei lebensbedrohlichen Notfällen und Krankentransport)	Notruf 112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern (in nicht lebensbedrohlichen Fällen, alle Fachrichtungen; Mo, Di, Do ab 18:00 Uhr; Mi + Fr ab 13:00 Uhr)	116 117
Gehörlosen-Telefax: Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst	Not-Fax 112
Gehörlosen-Telefax: Ärztlicher Bereitschaftsdienst	0800/58 95 210
Polizeiinspektion An der Heuwaag 2, 91438 Bad Windsheim	09841/6616-0
Giftnotrufzentrale München	089/19240
Apothekennotdienst - aus dem deutschen Festnetz	0800/00 22 833
Apothekennotdienst - Kurzwahl von jedem Handy	22 8 33
Ambulanter Pflegedienst / Sozialstation:	
Stadt Bad Windsheim – Zentrale Vermittlung	09841/66 89-0
EC-Kartensperrung	116 116
Stadtwerke Bad Windsheim, Bereitschaftsdienst	09841/651465
Hausarzt:	
Zahnarzt:	
Apotheke mit Patientendaten:	
Pfarramt, Glaubensgemeinschaft:	
Telefonseelsorge evangelisch	0800/11 10 111
Telefonseelsorge katholisch	0800/11 10 222

Als Hilfestellung für einen Notruf gelten die **5 W** - Fragen:

- **Wo** ist etwas geschehen?
- **Wer** ruft an?
- **Was** ist geschehen?
- **Wie viele** Personen sind betroffen?
- **Warten** auf Rückfragen!

# Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung

Bei Anforderungen des Krankentransportes über:

<b>Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst</b> (bei lebensbedrohlichen Notfällen und Krankentransport)	Telefon/ Gehörlosen- Telefax	112
<b>Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern</b> (nicht lebensbedrohliche Fälle, alle Fachrichtungen; Mo, Di, Do ab 18:00 Uhr; Mi + Fr ab 13:00 Uhr)	Telefon Gehörlosen- Telefax	116 117  0800/58 95 210

- Bitte genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben, ggf. Stockwerk, Aufzug usw.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten.
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Stühle und Tische wegräumen).
- Wenn vorhanden, bitte den Sanitätern übergeben:
  - die ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung; die Versichertenkarte der Krankenkasse;
  - in Kopie: Patienten-Verfügung, Vollmacht, Betreuerausweis, Betreuungs-Verfügung
- **Bei Vergiftungen, allergischen Reaktionen: Vergiftungs-, allergieauslösenden Stoff, möglichst mit Verpackung, mitgeben!**

## **Möglichst Notfall-Tasche oder Notfall-Koffer vorbereiten, mit folgendem Inhalt:**

- Personalausweis, Unterlagen Zusatzversicherung, Impfpass, Allergiepass
- Herzschrittmacher-Ausweis
- Mappe mit Kopien der Befunde, Röntgenbilder, Verfügungen, einzunehmende Medikamente und aktueller Medikamentenplan, Salben usw.
- Toiletten- und Hygiene-Artikel: Zahnbürste, Zahnpasta, Kamm, Deo, Seife, Duschgel, Shampoo, Rasierzeug, Nagelschere, Nagelfeile, Feuchtigkeitscreme, Lippenbalsam, Ohrstöpsel (schnarchende Nachbarn), Plastiktüte für Schmutzwäsche
- bei Zahnprothese: Behälter mit Namen, Haftcreme, Reinigungsmittel
- Handtücher, Waschlappen, Papiertaschentücher („Tempos“)
- Unterwäsche, Leibwäsche, drei bis vier bequeme Nachthemden oder Schlafanzüge, Bademantel, ggf. Hausanzug, Hausschuhe (keine Schlappen!)
- festes Schuhwerk, Brille/n, Prothese, Gehhilfe, Hörgerät (Ersatzbatterien), Wollschal, dicke Socken, evtl. kleines Kopfkissen
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)!!
- Persönliche Gegenstände (Lesestoff, Uhr, Notizbuch, Kugelschreiber, Zeitschriften)
- Bargeld (Scheine, max. 20 - 30 Euro) zum Aufladen Telefonkarte
- Geld/EC-Karte für Zuzahlung
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Benachrichtigungen: Arbeitgeber, Pflegedienst, Essen auf Rädern, Zusteller Zeitung

**Wertsachen sollten besser daheim bleiben!**

# Notarztblatt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Klinik-Aufenthalt erwünscht: ☐ ja ☐ nein Reanimation erwünscht: ☐ ja ☐ nein

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Aufbewahrungsort Gesundheitskarte: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: Chefarztbehandlung ☐ ja ☐ nein Einzelzimmer ☐ ja ☐ nein

Religion: ☐ katholisch ☐ evangelisch

Pflegeversicherung: ☐ ja ☐ nein Pflege-Grad: \_\_\_\_\_ beantragt am: \_\_\_\_\_

☐ Ich lebe alleine ☐ Mit folgender Person zusammen: \_\_\_\_\_ ☐ ist meine Bezugsperson

Name, Vorname, Telefon, Handynummer, Beziehungsverhältnis

Betreuer/in: \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Telefon, Handynummer, Beziehungsverhältnis

Notfallmappe vorhanden: ☐ ja ☐ nein Verwahrt der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Aktuelle Erkrankungen, Medikamente, Diagnosen und Allergien (**Genaue Angaben retten Ihr Leben!**)  
Lassen Sie sich einen Ausdruck vom Hausarzt / Facharzt erstellen - hier anfügen:

Hausarzt (Name, Telefon): \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsmedikamente ☐ ja ☐ nein Implantate ☐ ja ☐ nein

Firma, Name: \_\_\_\_\_ Welche: \_\_\_\_\_

Organspendeausweis ☐ ja ☐ nein Allergie ☐ ja ☐ nein

Stents ☐ ja ☐ nein Port ☐ ja ☐ nein Welche: \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein Impfausweis ☐ ja ☐ nein

Hepatitis / HIV (Aids) ☐ ja ☐ nein Medikamentenplan ☐ ja ☐ nein

Zahnprothese ☐ ja ☐ nein Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

Diabetiker ☐ ja ☐ nein Betreuungsverfügung ☐ ja ☐ nein

Dialysepatient ☐ ja ☐ nein Vorsorgevollmacht ☐ ja ☐ nein

Medikament: \_\_\_\_\_ morgen mittags abends Abstand \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ morgen mittags abends Abstand \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ morgen mittags abends Abstand \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ morgen mittags abends Abstand \_\_\_\_\_

Hausnotruf: ☐ ja ☐ nein

Anbieter: Name / Telefonnummer \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung: Ich bin einverstanden mit der Weitergabe des Notarzt-Blattes und der Notfallmappe (inkl. Befunde) an Rettungsdienst, Notarzt, Krankenhaus, behandelnde Ärzte

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Notfall-Telefax 112



☐ Ich kann  
nicht hören



☐ Ich kann  
nicht sprechen



☐ Ich habe eine  
Behinderung

## Wer faxt?

Name: \_\_\_\_\_ Eigene Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

## Wohin soll Hilfe kommen?

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_ Etage: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

## Wer soll helfen?



☐ **Feuerwehr**



☐ Feuer



☐ Notlage



☐ Unfall



☐ **Rettungsdienst**



☐ Notarzt



☐ Verletzung



☐ Erkrankung



☐ **Polizei**



☐ Einbruch



☐ Überfall



☐ Schlägerei

## Was ist geschehen?

☐ Ich bitte um Auskunft über den Bereitschaftsdienst von:



☐ Arzt



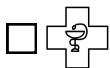
☐ Zahnarzt



☐ HNO-Arzt



☐ Augenarzt



☐ Apotheke im Bereich der Stadt/Gemeinde: \_\_\_\_\_

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

Faxnummer: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Vielen Dank!

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte zurückfaxen!**

**Bitte zurückfaxen!**

**Bitte zurückfaxen!**

**Das Notfall-Telefax ist eingegangen und ist auf dem Weg zu Ihnen.**

Unterschrift des aufnehmenden Disponenten: \_\_\_\_\_

# Persönliche Daten

## Zu meiner Person

Name:	Geburtsname:
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Pass-/Ausweis-Nr.:
Konfession, Telefon Seelsorger/ Kirchengemeinde:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	Handy:
E-Mail:	
Handschriftliches Testament vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erbvertrag, Vermächtnisse vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hinterlegt bei:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet      Bei Tod des Gatten/Gattin Sterbedatum:	
Aufbewahrungsort der Sterbeurkunde:	

## Angaben zum Ehegatten/Ehegattin oder Lebenspartner/in

Name:	Geburtsname:
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	Handy:
Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:	
Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde/des Stammbuches:	
Aufbewahrungsort des Partnerschaftsvertrages:	
Güterstand, Verwahrung Ehevertrag:	
Bei Scheidung - Datum, Gericht:	
Aufbewahrung des Scheidungsurteils:	

# Hausarzt/in - Betreuer/in - Kranken- und Pflegeversicherung

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

## Hausarzt/Hausärztin oder dauerhaft behandelnder Facharzt/Fachärztin

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Facharzt/Fachärztin für: \_\_\_\_\_

## Gesetzlicher Betreuer für den Gesundheitsbereich

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

## Gesetzliche oder private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsgesellschaft Kranken-Pflege-Kasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrung der Krankenversicherungskarte: \_\_\_\_\_

## Beihilfeversicherung

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Private Krankenzusatzversicherung/en

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Zusatzleistungen: \_\_\_\_\_

Verwahrung der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_



# Zu benachrichtigende Personen/ Bezugspersonen

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer): \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer): \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer): \_\_\_\_\_

## Person/en, die keine Nachricht erhalten sollen

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

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

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

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

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

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

# Betreuung - Versorgung - Unterstützung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

## Personen, die für meine Wohnung oder sonstige Räume Schlüssel besitzen

Garage, Arbeits- und Geschäftsräume oder Zweitwohnung, Wochenendgrundstück sowie Behältnisse

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Schlüssel für: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Schlüssel für: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Schlüssel für: \_\_\_\_\_

## Betreuung Wohnung / Garten / Haustiere

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Betreuung für: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Betreuung für: \_\_\_\_\_

# Vorsorgevollmacht

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Darin erteilen Sie einer selbst ausgewählten Vertrauensperson eine Vertretungsvollmacht für festgelegte Bereiche des täglichen Lebens. Da ihr Ehepartner oder ihr(e) Kind(er) nicht automatisch für Sie Entscheidungen treffen darf, wenn Sie selbst geistig und / oder körperlich nicht mehr dazu in der Lage sind, sollten Sie verhindern, dass ein gerichtlich bestellter Betreuer bestellt wird. Suchen Sie diese Person sorgfältig aus, da eine solche Vollmacht auch missbraucht werden könnte. Sie können sie selbst schriftlich aufsetzen oder notariell abwickeln. Bei Grundstücksangelegenheiten benötigen Sie einen Notar.

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

erteile hiermit Vollmacht an

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

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.

# Vorsorgevollmacht

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

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

- ☐ Die Bevollmächtigten sollen nur gemeinschaftlich entscheiden und handeln können.  
(bitte legen Sie für diesen Fall gesondert fest, wie verfahren werden soll, wenn eine der bevollmächtigten Personen an der Ausübung der Vollmacht gehindert ist oder wenn die Bevollmächtigten in der zu entscheidenden Angelegenheit unterschiedlicher Auffassung sind)
- ☐ Die Bevollmächtigten sollen jeweils einzeln entscheiden und handeln können. (Im Innenverhältnis der Vollmacht soll gelten, dass die an zweiter Stelle genannte Person nur dann handeln und entscheiden können soll, wenn die erstgenannte Person verhindert oder dazu nicht in der Lage ist.)

Die Vollmacht wirkt über den Tod hinaus. ☐ Ja ☐ Nein

## Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

☐ Ja ☐ Nein

Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).

☐ 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. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

☐ Ja ☐ Nein

Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB)

☐ Ja ☐ Nein

über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)

☐ Ja ☐ Nein

über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB)

☐ Ja ☐ Nein

# Vorsorgevollmacht

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

## **Fortsetzung - Gesundheitsorge / Pflegebedürftigkeit**

über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB)

☐ Ja ☐ Nein

entschieden.

## **Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

☐ Ja ☐ Nein

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

☐ Ja ☐ Nein

## **Behörden**

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.

☐ Ja ☐ Nein

## **Vermögenssorge**

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

☐ Ja ☐ Nein

namentlich über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen

# Vorsorgevollmacht

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

## **Fortsetzung - Vermögenssorge**

☐ Ja ☐ Nein

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

☐ Ja ☐ Nein

Verbindlichkeiten eingehen

☐ Ja ☐ Nein

Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben

☐ Ja ☐ Nein

Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten

☐ Ja ☐ Nein

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist

☐ Ja ☐ Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

--

Hinweise:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

# Vorsorgevollmacht

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

## Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

☐ Ja ☐ Nein

## Vertretung vor Gericht

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

☐ Ja ☐ Nein

## Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.

☐ Ja ☐ Nein

## Betreuungsverfügung

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

☐ Ja ☐ Nein

## Weitere Regelungen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers



# Betreuungsverfügung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Darin bestimmen Sie, wer im Bedarfsfall zu Ihrem/r Betreuer/in bestellt werden soll und wer ggf. ersatzweise diese Rolle einnehmen soll. Auch können Sie eine bestimmte Person gezielt ausschließen. Außerdem können Sie darin alles aufnehmen, was diese Person beachten muss. Dies kann Ihre Lebensgewohnheiten betreffen, Ihre Haustiere oder die Wohnungseinrichtung. Der/die Betreuer/in wird gerichtlich überwacht und ist gesetzlich in seinem Handeln beschränkt.

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

Lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, folgendes fest:

☐ Zu meiner Betreuerin/meinem Betreuer soll bestellt werden:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

☐ Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann soll ersatzweise folgende Person bestellt werden:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

# Betreuungsverfügung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

☐ Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin/den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Der Betreuer soll meine Patientenverfügung, die ich beigelegt habe, beachten.

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

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

# Patientenverfügung

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

Darin legen Sie fest, ob und wie Sie in akuten Krankheitssituationen ärztlich behandelt werden möchten und welche lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen für Sie getroffen werden sollen. Ärzte beraten gerne im Vorfeld und sind an Ihren Willen gebunden. Es reicht aus, sie schriftlich abzufassen, eine notarielle Beglaubigung ist möglich. Liegt keine Patientenverfügung vor, entscheidet der Vertretende gemeinsam mit den Ärzten auf Grundlage des mutmaßlichen Patientenwillens. Mehr dazu unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) – Stichwort „Patientenverfügung“.

Seit dem 1. Januar 2023 gibt es für akute Krankheitssituationen (z. B. Bewusstlosigkeit oder Koma) ein gesetzliches, auf sechs Monate beschränktes, Ehegattennotvertretungsrecht für Gesundheitsangelegenheiten. Die behandelnden Ärzte sind dann von ihrer Schweigepflicht entbunden. Es gilt nur für nicht getrennt lebende Verheiratete, wenn es keinen gerichtlich bestellten Betreuer dafür gibt, und wenn keine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht für dieses Behandlungssituation vorliegt. Zudem gilt es nicht, wenn der Betroffene formlos widersprochen hat oder es sogar im Zentralen Vorsorgeregister ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)) hat eintragen lassen. Ein Formular finden Sie unter [www.bundesaerztekammer.de/service/muster-formulare](http://www.bundesaerztekammer.de/service/muster-formulare)

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

Bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes:

## **Situationen, für die die Verfügung gelten soll**

Wenn,

- ☐ ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ☐ ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...
- ☐ infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie 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 unwahrscheinlich ist.

# Patientenverfügung

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

## **Fortsetzung - Situationen, für die die Verfügung gelten soll**

☐ ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen

☐ Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

☐ vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

## **Lebenserhaltende Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

☐ dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

## **Schmerz- und Symptombehandlung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

☐ aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

☐ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

☐ die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

# Patientenverfügung

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

## Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- ☐ dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- ☐ dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

oder

- ☐ dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

## Wiederbelebung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ Versuche der Wiederbelebung.

oder

- ☐ die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

- ☐ dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.

## Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- ☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

- ☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

# Patientenverfügung

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

## Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

## Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

## Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

☐ keine Antibiotika.

## Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

# Patientenverfügung

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

## Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

☐ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

☐ wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

☐ wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

☐ Beistand durch folgende Personen:

☐ Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

☐ hospizlichen Beistand.

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:



# Patientenverfügung

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

## Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- ☐ Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- ☐ Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- ☐ In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
- ☐ meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - ☐ meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - ☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
  - ☐ anderer Person: \_\_\_\_\_
- ☐ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
- ☐ meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - ☐ meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - ☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
  - ☐ anderer Person: \_\_\_\_\_

# Patientenverfügung

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

## Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- ☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r) Name: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax/E-Mail \_\_\_\_\_

- ☐ Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/ dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax/E-Mail \_\_\_\_\_

## Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- ☐ Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

- ☐ Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

# Patientenverfügung

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

## Organspende

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

☐ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## Schlussformel

☐ Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung

## Schlussbemerkung

☐ Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

☐ Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

☐ Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

☐ Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

## Information / Beratung

☐ Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/ durch

\_\_\_\_\_

und beraten lassen durch

\_\_\_\_\_

# Patientenverfügung

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

## Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr / Frau \_\_\_\_\_

wurden von mir am \_\_\_\_\_ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

→ Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

## Aktualisierung

☐ Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

☐ Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe): \_\_\_\_\_ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

☐ Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

☐ in vollem Umfang.

☐ mit folgenden Änderungen:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Weitere Vollmachten und Verfügungen, Informationen

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

## Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht)

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine \_\_\_\_\_ errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Das Original befindet sich bei folgender Person: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

## Informationen zur Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung, Konto-/Depot-Vollmacht

Bitte lesen Sie die unten aufgeführten Informationsbroschüren. Lassen Sie sich vor dem Erstellen beraten. Informieren Sie Ihre Vertrauensperson und Ihre Angehörigen über das Vorhandensein einer solchen Vollmacht oder Verfügung.

Wenn der Bevollmächtigte berechtigt sein soll, Darlehen aufzunehmen, Immobilien des Vollmachtgebers zu veräußern oder Immobilien für den Vollmachtgeber zu erwerben, ist erforderlich, die Unterschrift unter der Vollmacht durch den Notar beurkunden oder durch die Betreuungsbehörde beglaubigen zu lassen.

Ihre Vorsorgevollmacht können Sie im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen. Damit stellen Sie sicher, dass Ihre Vorsorgevollmacht im Zweifelsfall von einem Betreuungsgericht aufgefunden wird, das dann Ihren Vorsorgebevollmächtigten benachrichtigen kann.

**Wichtig:** Ihre Vorsorgevollmacht und Verfügungen übergeben Sie bitte den Vollmachtnehmern oder teilen ihnen mit, wo sie diese im Bedarfsfall erhalten. Die Banken und Sparkassen halten für die Erteilung einer Bank-Vollmacht (Konto-/Depot-Vollmacht) gesonderte Vordrucke oder Formulare bereit. In dieser Mappe machen Sie bitte lediglich Angaben dazu.

**Beachten Sie bitte:** Unabhängig von internen Vereinbarungen kann der Bevollmächtigte gegenüber der Bank / Sparkasse ab dem Zeitpunkt der Ausstellung dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen! Die Bank / Sparkasse prüft nicht, ob der Vorsorgefall beim Kontoinhaber / Vollmachtgeber eingetreten ist.

- Die Informationsbroschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ des Bayerischen Justizministeriums kann als PDF-Datei unter [www.bestellen.bayern.de](http://www.bestellen.bayern.de) – Stichworte „Vorsorge Alter“ oder im Buchhandel sowie direkt beim Verlag C.H.Beck, ☎ 089 / 38 18 97 50, 📠 089 / 38 189-358 / -135, ✉ [bestellung@beck.de](mailto:bestellung@beck.de) kostenpflichtig bestellt werden.
- Der Bayerische Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. gibt diese Broschüre für Sehbehinderte und Blinde auf Kassette, in Punktschrift, MAXI-Druck und auf Diskette heraus: ✉ [bit@bbsb.org](mailto:bit@bbsb.org)
- Die Informationsbroschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“ des Bundesjustizministeriums enthalten Informationen und Muster für Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und bieten ausführliche Formulierungshilfen kostenlos zu bestellen oder als PDF-Datei unter: 🌐 [www.bmjbv.de/Publikationen](http://www.bmjbv.de/Publikationen)

# Entbindung ärztliche Schweigepflicht

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Ich bitte sie, nachfolgenden Personen  
Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und auf Wunsch Einsicht in die  
Krankenakten zu ermöglichen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Informationsvollmacht

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

ohne Zwang und aus freiem Willen folgende Vollmacht an

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

sämtliche Informationen, die meine Gesundheit und meinen Aufenthalt betreffen, einzuholen und dazu notwendige Erklärungen abzugeben.

Diese Vollmacht ermächtigt in allen persönlichen Gesundheitsangelegenheiten und bei Aufenthaltsbestimmung zur Informationsbeschaffung.

Mein Bevollmächtigter darf insbesondere:

- ☐ alle meine Krankenunterlagen einsehen
- ☐ alle Auskünfte von Ärzten, Pflegepersonal, Heimen und Krankenhäusern verlangen
- ☐ von jedem Dritten Auskünfte über mich betreffende gerichtliche Maßnahmen oder Verfahren, wie z.B. eine Betreuung, verlangen
- ☐ jederzeit Zutritt zu mir verlangen, egal ob ich mich in meiner Wohnung oder in einem Heim oder Krankenhaus befinde
- ☐ jederzeit Zutritt zu meiner Wohnung, auch wenn ich mich selber dort nicht befinde
- ☐ von jedem Dritten Auskunft darüber einzuholen, wo ich mich befinde
- ☐ von Beerdigungsinstituten, Gemeinde- oder Stadtverwaltungen oder kirchlichen Stellen Informationen zu meiner Bestattung erfragen.

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und das Pflegepersonal gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Verschwiegenheitspflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# Notfall-Ausweise

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

## Organspende-Ausweis

Zur Organspende bereit: ☐ ja ☐ nein ☐ keine Entscheidung

Verwahrung des Ausweises:

\_\_\_\_\_

Hinweise, Bemerkungen:

## Allergie-Pass

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Ausweises:

\_\_\_\_\_

## Röntgen-Pass

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Ausweises:

\_\_\_\_\_

## Impf-Pass oder Impf-Nachweise

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Nachweises:

\_\_\_\_\_

## Diabetikerausweis

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Ausweises:

\_\_\_\_\_

## Herzschrittmacherausweis / Defibrillator-Ausweis

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Nachweises:

\_\_\_\_\_

# Notfall-Ausweise

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

## Blutspende-Ausweis

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Ausweises:

\_\_\_\_\_

## Implantat-Ausweis

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Ausweises:

\_\_\_\_\_

## Marcumar-Ausweis

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Nachweises:

\_\_\_\_\_

## Brillenpass

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Ausweises:

\_\_\_\_\_

## Weitere:

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Nachweises:

\_\_\_\_\_

## Weitere:

☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Nachweises:

\_\_\_\_\_

- Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, können Sie in einer Klarsichthülle in der Notfallmappe ablegen.
- Alle übrigen Ausweise und die Notfallkarte am Ende der Notfallmappe sollten Sie in der Geldbörse bei sich tragen. Von diesen Ausweisen können Sie eine Kopie in dieser Notfallmappe ablegen.

# Medizinische Daten

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

Aktuelle Erkrankungen, Medikamente, Diagnosen und Allergien

**Genaue Angaben retten Ihr Leben!** Lassen Sie sich einen Ausdruck vom Hausarzt oder Facharzt erstellen oder diesen abstempeln und unterzeichnen.

**Blutgruppe / Rhesusfaktor:** \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis)** ☐ ja ☐ nein

Welche: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Im Notfall zu beachten:**

**z.B. Glasknochen, Bluter:**

Welche: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Schwerhörigkeit: ☐ ja ☐ nein

Herzinfarkt: ☐ ja ☐ nein

Defibrillator: ☐ ja ☐ nein

Dialysebehandlung: ☐ ja ☐ nein

Chron. Organleiden: ☐ ja ☐ nein

Thromboseneigung: ☐ ja ☐ nein

Sehbehinderung: ☐ ja ☐ nein

Kontaktlinsen: ☐ ja ☐ nein

**Gegenwärtige Krankheiten:**

Welche: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Welche: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Welche: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

# Medizinische Daten

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

## Chronische Krankheiten

**Diabetes** ☐ ja ☐ nein

Insulin ☐ ja ☐ nein

Tabletten ☐ ja ☐ nein

Verwahrung des Ausweises: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Krampfleiden** (z.B. Epilepsie) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Allergien** ☐ ja ☐ nein

Welche: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Allergien** ☐ ja ☐ nein

Welche: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Allergien** ☐ ja ☐ nein

Welche: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt oder Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stemple und Unterschrift Arzt/Ärztin

# Medizinische Daten

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

## Therapie ( z.B. Psychotherapie)

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

## Therapie ( z.B. Psychotherapie)

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

## Apotheke (bei der ich eine Kundenkarte / Medikamentenliste habe)

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

## Behandelnder Zahnarzt

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

## Letzte ambulante und / oder stationäre Zahn-Behandlungen

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# Medizinische Daten

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

## Behinderung/en / Anerkennungsbescheid

des Versorgungsteams (Ort): \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Wenn noch nicht erteilt, Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_

Vorhandene Behinderungen / Merkzeichen: \_\_\_\_\_

--

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

## Letzte ambulante und / oder stationäre Behandlungen

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

## Operationen

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

## Implantate und Transplantationen (Herzschrittmacher, Gelenke, Zähne, Augen)

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

# Notfallkarte

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

## Notfallkarte

Bitte füllen Sie diese Notfallkarte aus. Diese kann dann ausgeschnitten, in der Mitte gefalzt, mit Ihren Ausweispapieren oder in der Geldbörse mitgeführt werden. Legen Sie ein Kärtchen auch ins Auto.

Notfallkarte (Aufbewahrung in der Geldbörse)

**Polizei 110**  
**Rettungsdienst (Notarzt, Feuerwehr) 112**

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

☐ Vollmacht / Betreuungsverfügung /  
Patientenverfügung vorhanden

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

Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

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

Bitte informieren Sie meine Vertrauensperson:

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Notfallkarte (Aufbewahrung im Auto)

**Polizei 110**  
**Rettungsdienst (Notarzt, Feuerwehr) 112**

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

☐ Vollmacht / Betreuungsverfügung /  
Patientenverfügung vorhanden

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

Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

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

Bitte informieren Sie meine Vertrauensperson:

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Teil 2**

**Vorsorgemappe**



# Erwerbstätigkeit

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

## Erwerbstätigkeit

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

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

## Bei Selbständigkeit

Name der Firma: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

Handelsregister: \_\_\_\_\_

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Berufsunfähigkeitsversicherung: \_\_\_\_\_

Zuständiges Finanzamt: \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

Steuernummer: \_\_\_\_\_

Hinweise, Bemerkungen ( z.B. bezahlte Nebentätigkeiten, Ehrenämter)

# Rente / Versorgung

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

## Gesetzliche Rentenversicherung / Berufsständische Versorgung

Rentenversicherungsträger / Versorgungskammer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bescheide vom: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Betriebsrente / Zusatzversorgung:

Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bescheide vom: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Private Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bescheide vom: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

Bescheide vom: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

# Rente / Versorgung

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

## Witwen-/Witwer-, Waisen-Rente

Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bescheide vom: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Riester-/Rürup-Rente

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Sonstige Versorgungsleistungen (z.B. Leibrente)

Leistung von: \_\_\_\_\_

Vertrag vom: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Leistungsart: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Grundsicherung für Arbeitsuchende / im Alter / bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe

Behörde: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_

Letzter Bescheid vom: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Hinweise, Bemerkungen (z.B. Eingaben, Widersprüche)

--

## Zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

## Auslandskrankenversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

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

Verwahrort der Unterlagen:

## Private Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:

## Pflegeversicherung

☐ Privat    ☐ Gesetzlich    Pflegegrad:

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:

## Pflegezusatzversicherung

Leistungen ab Pflegegrad:

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:

## Bemerkungen zu den Versicherungen und Leistungen

--

# Familie

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

## Kinder und deren Kinder

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

--

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

--

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

--

Sollte der Platz nicht ausreichen, kopieren Sie bitte diese Seite und heften Sie diese hier ein.

# Familie

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

## Eltern, Geschwister

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

Sollte der Platz nicht ausreichen, kopieren Sie bitte diese Seite und heften Sie diese hier ein.

# Versicherungen

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

## Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Hausratsversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Brandversicherung/Feuerversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Gebäudeversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Privatrechtsschutzversicherung - Verkehrsrechtsschutzversicherung

Versicherung / Bestatter: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

# Versicherungen

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

## Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Weitere Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Private Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Gesetzliche Unfallversicherung/en, Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorge / Sterbeversicherung

Versicherung / Bestatter: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_



# Fahrzeuge/Versicherung

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

## Fahrzeuge / Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped)

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Abgemeldet: \_\_\_\_\_

Hersteller, Typ: \_\_\_\_\_

Amtliches Kfz-Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Regelmäßiger Standort: \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrt der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Abgemeldet: \_\_\_\_\_

Hersteller, Typ: \_\_\_\_\_

Amtliches Kfz-Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Regelmäßiger Standort: \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrt der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Abgemeldet: \_\_\_\_\_

Hersteller, Typ: \_\_\_\_\_

Amtliches Kfz-Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Regelmäßiger Standort: \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrt der Unterlagen: \_\_\_\_\_

# Weitere Versicherungen

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

Weitere Versicherungen (z.B. Berufsunfähigkeit, Krankentagegeld, Auslandskrankenversicherung, Glas, Insassenunfallversicherung usw.)

Versicherungsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrt der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Versicherungsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrt der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Versicherungsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrt der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Versicherungsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrt der Unterlagen: \_\_\_\_\_

# Daten für Internet, Mail und Computer

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

## Fahrzeuge / Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped)

Bitte überlegen Sie sich eine Form der Übermittlung Ihrer Passwörter und Zugangsdaten, die Ihren Erben eine Abwicklung der E-Mail-Konten und aller Verpflichtungen aus Online-Konten bzw. Zahlungsverpflichtungen aus Online-Shops, Social Media, Online Abo-Bereichen (z.B. Zeitschriften, Hörbücher, Musik, etc.), Versicherungsplattform usw. ermöglichen. Ihre Erben müssen für diese Zahlungen künftig eintreten. Evtl. wäre eine (ständig aktualisierte) Anlage zu einem hinterlegten Testament die richtige Aufbewahrungsform. Möglich wäre auch ein Bankschließfach, zu dem aber Zugang für Ihre Vertrauensperson/en bestehen muss.

Ich habe folgende E-Mail-Adressen:

1. E-Mail:	über Anbieter:
Zugangsdaten hinterlegt:	
2. E-Mail:	über Anbieter:
Zugangsdaten hinterlegt:	
3. E-Mail:	über Anbieter:
Zugangsdaten hinterlegt:	

Ich habe Konten / Zugänge bei folgenden Internet-Seiten (Foren, Plattformen, Netzwerke wie PayPal, Ebay, Amazon, Facebook, Twitter, Whatsapp, Google+)

1.	Benutzername:
Zugangsdaten hinterlegt:	
2.	Benutzername:
Zugangsdaten hinterlegt:	
3.	Benutzername:
Zugangsdaten hinterlegt:	
4.	Benutzername:
Zugangsdaten hinterlegt:	
5.	Benutzername:
Zugangsdaten hinterlegt:	
6.	Benutzername:
Zugangsdaten hinterlegt:	
7.	Benutzername:
Zugangsdaten hinterlegt:	

# Postvollmacht

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Ich,

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Ort

bevollmächtigte Herrn/Frau

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Ort

- ☐ zum Empfang der für mich bestimmten Postsendungen (inkl. Post- und Zahlungsanweisungen, ohne  
eigenhändig auszuhändigende Sendungen)

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

- ☐ auch zum Empfang von eigenhändig auszuhändigenden Sendungen.

Ort, Datum Unterschrift

# Einzelvollmacht

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

ohne Zwang und aus freiem Willen folgende Vollmacht:

Herrn / Frau

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

bevollmächtige ich hiermit

☐ für mich in folgender Angelegenheit tätig zu werden:

☐ Der/Die Bevollmächtigte kann in Vermögensangelegenheiten Untervollmachten erteilen. Er/Sie ist in Vermögensangelegenheiten von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit.

☐ Diese Vollmacht bleibt über den Tod hinaus wirksam.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Sorgerechtsverfügung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Wir, die sorgeberechtigten Eltern

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

und

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

treffen die folgende Sorgerechtsverfügung für (Name, Geburtstag und -Ort der Kinder):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass wir, die Eltern, die elterliche Sorge nicht mehr oder zum Teil nicht mehr ausüben können.

## § 1 Personensorge

Für die Personensorge benennen wir:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

# Sorgerechtsverfügung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass dem/der Vorgenannten die Wahrnehmung der Personensorge dauerhaft unmöglich ist, benennen wir als Ersatzpersonen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

oder

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

Wir erklären, dass die nachfolgend genannten Personen keinesfalls als Vormund oder Pfleger für die Personensorge eingesetzt werden sollen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

oder

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

# Sorgerechtsverfügung

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

## § 2 Vermögenssorge

Für die Vermögenssorge benennen wir:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

Für den Fall, dass dem/der Vorgenannten die Wahrnehmung der Vermögenssorge dauerhaft unmöglich ist, benennen wir als Ersatzpersonen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

oder

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

Wir erklären, dass die nachfolgend genannten Personen keinesfalls als Pfleger für die Vermögenssorge eingesetzt werden sollen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort



**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

--

Wir haben diese Bestimmung freiwillig und im Vollbesitz unserer geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum	Sorgeberechtigte/r 1
------------	----------------------

Ort, Datum	Sorgeberechtigte/r 2
------------	----------------------

# Weitere Vollmachten und Verfügungen

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

## Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht)

### Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine \_\_\_\_\_ errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

### Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine \_\_\_\_\_ errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

### Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine \_\_\_\_\_ errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

# Verträge (Ausgaben)

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

Verträge, z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Pachtverträge, usw.

Rundfunkbeitrag (GEZ) Beitragsnummer: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: ARD ZDF Deutschlandradio

Adresse: Beitragsservice, 50656 Köln

Telefon: 01806/ 99 95 55 10 (kostenpflichtig) Fax: 01806/ 99 95 55 01 (kostenpflichtig)

Internet: www.rundfunkbeitrag.de

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

# Weitere Verträge (Ausgaben)

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

## Weitere Verträge (z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Pachtverträge usw.)

Vertragsgegenstand: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

## Abonnements für Sammlungen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Hinweise, Bemerkungen:

--

## Weitere Abonnements

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

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon: Handy:

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

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen:

Hinweise, Bemerkungen:

--

## Mitgliedschaften (Vereine, Gewerkschaft, Automobilclubs, usw.)

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Mitglied im/bei:

Ansprechperson:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Mitglied im/bei:

Ansprechperson:

Adresse:

Telefon: Handy:

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

Verwahrort der Unterlagen:

Mitglied im/bei:

Ansprechperson:

Adresse:

Telefon: Handy:

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

Verwahrort der Unterlagen:

Mitglied im/bei:

Ansprechperson:

Adresse:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Hinweise, Bemerkungen:

--

## Weitere Mitgliedschaften

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Mitglied im/bei:

Ansprechperson:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Mitglied im/bei:

Ansprechperson:

Adresse:

Telefon: Handy:

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

Verwahrort der Unterlagen:

Mitglied im/bei:

Ansprechperson:

Adresse:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen:

Mitglied im/bei:

Ansprechperson:

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Verwahrort der Unterlagen:

Hinweise, Bemerkungen:

--



# Vermögensaufstellung

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

## Grund- und Immobilieneigentum

**Art des Grund-/Immobilienbesitzes** (z.B. Wohnhaus, Garage, Wiese, Wald, Fischteich):

Flur-Nr. / Gemarkung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Grundbucheintrag beim Amtsgericht:

Datum des Eintrags:

Eigentumsverhältnis: ☐ Alleineigentum ☐ Miteigentümer

Name/n Miteigentümer:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Verwahrort der Unterlagen:

**Art des Grund-/Immobilienbesitzes** (z.B. Wohnhaus, Garage, Wiese, Wald, Fischteich):

Flur-Nr. / Gemarkung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Grundbucheintrag beim Amtsgericht:

Datum des Eintrags:

Eigentumsverhältnis: ☐ Alleineigentum ☐ Miteigentümer

Name/n Miteigentümer:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Verwahrort der Unterlagen:

# Vermögensaufstellung

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

## Girokonten

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

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

EC-Karte / Kreditkarte: \_\_\_\_\_

Zusätzlich verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus: \_\_\_\_\_

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

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

EC-Karte / Kreditkarte: \_\_\_\_\_

Zusätzlich verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus: \_\_\_\_\_

## Sparkonto / Sparbuch

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

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

EC-Karte / Kreditkarte: \_\_\_\_\_

Zusätzlich verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus: \_\_\_\_\_

Hinweise, Bemerkungen:

--

# Vermögensaufstellung

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

## Bausparvertrag

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

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Zusätzlich Verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus: \_\_\_\_\_

## Weiterer Sparvertrag

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

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Zusätzlich Verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus: \_\_\_\_\_

## Sonstige Vermögensgegenstände wie Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.

Institut	Welcher Art	Verwahrt der Unterlagen

\*Konto-/Depot-Vollmacht siehe unter Vorsorge-Dokumente / Vorsorge-Vollmacht

Hinweise, Bemerkungen:

--



## Verbindlichkeiten (Ausgaben)

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Darlehen / Kredit von**

Darlehensgeber:

Adresse:

Betrag: Fälligkeit:

Tilgung:

Verwahrort der Unterlagen:

## Darlehen / Kredit von

Darlehensgeber:

Adresse:

Betrag: Fälligkeit:

Tilgung:

Verwahrort der Unterlagen:

## Darlehen / Kredit von

Darlehensgeber:

Adresse:

Betrag: Fälligkeit:

Tilgung:

Verwahrort der Unterlagen:

Hinweise, Bemerkungen:

[illegible]

# Checkliste für den Todesfall

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

## Checkliste für den Todesfall

Ein Trauerfall fordert meist die gesamte Kraft der Hinterbliebenen - und doch muss vieles gleichzeitig erledigt und organisiert werden. Die Bestattungsinstitute übernehmen nach Absprache (gegen Bezahlung) viele der Aufgaben, um Sie zu entlasten. Die nachfolgenden Hinweise können eine Hilfe für die Einleitung aller notwendigen Schritte sein:

1. Bei einer **gewünschten Organspende** muss umgehend der Rettungsdienst 112 gerufen werden, um eine medizinische Versorgung zu gewährleisten. Bitte suchen Sie dazu den Organspende-Ausweis und händigen Sie diesen den Rettungskräften aus.
2. Unmittelbar (innerhalb von 4 Stunden) nach Eintreten des Todes außerhalb von Krankenhäusern muss der Hausarzt wegen der Ausstellung des Totenscheins verständigt werden. Ist er nicht zu erreichen, dann die **112** anrufen.
3. Bestattungsinstitut nach dem Tod des Angehörigen auswählen und wegen **Beratungsgespräch** anrufen. Bitte die Wünsche des Verstorbenen beachten. **Bei finanziellen Problemen: Sozialbestattung!** Kontaktaufnahme mit dem Sozialamt in Neustadt a.d. Aisch, ☎ 09161 / 92 24 02
4. Pfarramt, Glaubensgemeinschaft benachrichtigen, falls Beistand erwünscht.
5. Nächste Angehörige benachrichtigen und weitere Schritte besprechen.
6. Wichtig: bei Beschäftigungsverhältnis der trauernden nächsten Verwandten (Eltern, Kinder, Geschwister, Großeltern, Schwiegereltern, Ehepartner, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Adoptiv-, Pflege-, Enkelkinder) **Sonderurlaub wegen Todesfall** beantragen.
7. Wichtige Unterlagen suchen (siehe Notfall- und Vorsorgemappe: Verwahrungsorte)
  - z.B. Personalausweis, Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, usw.
  - Verträge und Verfügungen des Verstorbenen und entsprechend handeln (z.B. Testament, Vorsorgevertrag mit Bestattungsinstitut, Willenserklärung zur Feuerbestattung, usw.)
8. Wohnung versorgen (Haustiere und Pflanzen versorgen, ggf. Strom, Gas, Wasser abstellen).
9. Bei Unfalltod innerhalb von 48 Stunden der Versicherungsgesellschaft anzeigen.
10. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundungen des Sterbefalls beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen (Standesamt im 1. OG des Rathauses: ☎ 09841 66 89- 240/ -241).  
Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
  - Personalausweis des/der Verstorbenen
  - Todesbescheinigung
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
  - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
  - Evtl. Scheidungsurteil mit Rechtskraftvermerk, wenn nicht wieder verheiratet
11. Von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) wird die Lage des Grabes und im Gespräch mit dem Bestatter der Tag der Beisetzung festgelegt.
12. Auswahl/Bestimmung des Sarges, der Urne, der Totenbekleidung, Umfang der Trauerfeier, usw.
13. Bei Feuerbestattungen: Genehmigung des Krematoriums einholen.
14. Evtl. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.

# Checkliste für den Todesfall

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

15. Erbschein beim Nachlassgericht (zuständiges Amtsgericht Neustadt a.d. Aisch) beantragen.

**Information Abwicklung beim Nachlassgericht:** Nach Beurkundung des Sterbefalles erhält das Nachlassgericht automatisch eine Mitteilung. Sie erhalten dann ein Formblattanschreiben, indem Sie auch Angaben zum Grundbesitz, ggf. Testament / Erbvertrag bzw. Erbverzicht sowie zum Nachlass machen müssen. Falls es ein Testament gibt, welches nicht bei einem Notar hinterlegt ist, müssen Sie es im Original beim Nachlassgericht abgeben. Ob ein Erbschein benötigt wird, müssen die Erben selbst überprüfen, zwingend ist er nur erforderlich, wenn zum Nachlass eine Immobilie gehört und das Erbrecht auf gesetzlicher Erbfolge oder einem handschriftlichen Testament beruht. Sie können den Erbscheinsantrag auch bei einem Notar Ihrer Wahl beurkunden lassen. Bei gesetzlicher Erbfolge ist das Verwandtschaftsverhältnis durch Urkunden zumindest in beglaubigter Abschrift nachzuweisen.

Mehr Informationen unter

[www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgeschichte/neustadt-aisch/verfahren\\_10.php](http://www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgeschichte/neustadt-aisch/verfahren_10.php)

Dort finden Sie auch Links zu Informationen der bayerischen Finanzämter zur Erbschafts- und Schenkungssteuer.

16. Weitere Benachrichtigungen, **Wichtig!** immer Kopie der Sterbeurkunde beilegen:

- Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber des Verstorbenen senden
- Schriftliche Mitteilung an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
- Schriftliche Mitteilung an Bank über Todesfall
- Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und der Krankenkasse, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben

17. Bestattungsform bestimmen soweit nicht in der Vorsorgemappe enthalten (Bestattungsarten: z.B. Erd- und Feuerbestattung, Seebestattung usw.).

18. Terminabsprache und Trauergespräch mit dem Pfarrer oder Trauerredner.

19. Drucken und Versenden von Sterbe-/Erinnerungsbildern und Trauerkarten.

20. Grabschmuck für Trauerhalle und Grab bei Gärtnerei bestellen (Blumen, Kränze, Trauerschleifen).

21. Bewirtung für Traueressen oder Beerdigungskaffee reservieren.

## **So bald als möglich:**

22. Ordner mit wichtigen Dokumenten anlegen (z.B. Sterbeurkunde, Grabnutzung und Pflege, Abrechnungen).

23. Evtl. muss eine abschließende Einkommenssteuererklärung erstellt werden.

24. Konten auf laufenden Zahlungen überprüfen.

25. Schriftliche Kündigung bzw. Umschreibung auf Hinterbliebene/Nachnutzer laufender Verträge

(Miete, Pachtverträge, Telefon, Internet, Strom, Gas, Rundfunkbeitrag siehe Vorsorgemappe). Bei

Mietverträgen besteht ein Sonderkündigungsrecht innerhalb eines Monats mit 3-monatiger

Kündigungsfrist. Wer erbt, übernimmt alles, auch Verträge und Schulden. Der Erbe oder die Erbin tritt in

die rechtlichen Fußstapfen des Verstorbenen. Zum Nachlass gehören auch Versicherungen, Energieverträge, Internetanschluss und Zeitungsabos. Wenn Sie schriftlich zum „nächstmöglichen“ Termin kündigen, sollten Sie um eine schriftliche Kündigungsbestätigung bitten und idealerweise Kopien der Sterbeurkunde und Ihres Erbscheins anhängen.

26. Kündigung laufender Abbuchungsverträge und evtl. Kfz-Abmeldung.

27. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.

28. Abmeldung bei möglichen weiteren Behörden und Ämtern.

# Checkliste für den Todesfall

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

29. Antrag auf Rentenfortzahlung (1/4 Jahr) bei Rentenversicherung stellen. Gegebenenfalls Witwen-/Witwerrente oder Waisenrente beantragen. Beratungstermin vereinbaren: Staatliches Versicherungsamt Landratsamt Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim, ☎ 09161922140

**Information Abmeldung bei der Rentenkasse:** Das Standesamt stellt zur Abmeldung des Verstorbenen bei der Rentenversicherung ein spezielles Exemplar der Sterbeurkunde aus. Falls die Abmeldung nicht vom Bestattungsunternehmen erledigt wird, ist es am einfachsten, sie persönlich in der nächsten Postfiliale vorzunehmen. Nehmen Sie den Rentnerausweis des Verstorbenen beziehungsweise eine Mitteilung über Leistungen aus der Rentenversicherung sowie die Sterbeurkunde mit.

## **Nach der Trauerfeier oder Beisetzung:**

**Information Begleichung der Bestattungskosten:** Ohne Vollmacht können nur legitimierte Erben auf das Konto des Verstorbenen zugreifen. Dafür wird ein Erbschein bzw. ein Testament mit Eröffnungsprotokoll benötigt. Erben mehrere Personen, können diese nur gemeinsam auf das Konto zugreifen und Geld abheben.

30. Eventuell per Zeitungsinserat Dank für Anteilnahme ausdrücken.

31. Danksagungskarten verschicken.

32. Nach Erhalt des Erbscheins gegebenenfalls Testament eröffnen lassen.

33. Räumung der Wohnung, soweit keine Nach- oder Weiternutzung erfolgt.

34. Einen Steinmetz für Grabeinfassung und Grabstein beauftragen.

35. Nach etwa sechs Wochen das Grab aufräumen und Grabpflege organisieren.

36. Hinweis zu den Nachlassangelegenheiten:

Handschriftliches oder notarielles Testament\* vorhanden: ☐ ja ☐ nein

Hinterlegt bei: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy/Fax: \_\_\_\_\_

Zuständiges Amtsgericht: \_\_\_\_\_

\*eigenhändig mit Name, Ort und Datum oder notariell verfasst. Sonst gilt gesetzliche Erbfolge.

Beim zuständigen Amtsgericht muss mit dem Totenschein und dem gültigen Testament der Erbschein beantragt werden. Gleich mehrere Ausfertigungen für Banken und Versicherungen erstellen lassen. Ermöglicht die Konten- und Versicherungsführung der Erben.

## **Sterbe- und Trauerbegleitung**

- Hospizverein Bad Windsheim e.V., ☎ 0175 / 8 03 18 19
- Trauerarbeit der Malteser in Unterfranken, ☎ 0931 / 45 05 -225
- Telefonseelsorge (gebührenfrei): ☎ 0800 / 11 10 111, ☎ 0800 / 11 10 222, [www.telefonseelsorge.de](http://www.telefonseelsorge.de)

## **Suizidprävention**

- Caritas Selbsthilfebüro: ☎ 09161 / 88 89 0
- Sozialpsychiatrischer Dienst Diakonie Neustadt a.d Aisch, ☎ 09161 / 87 35 71



# Meine Verfügung für den Todesfall

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

## Meine Unterlagen sind zu finden:

Verwahrungsort Personalausweis, Reisepass: \_\_\_\_\_

Handschriftliches Testament vorhanden: ☐ ja ☐ nein

Erbvertrag, Vermächtnisse vorhanden: ☐ ja ☐ nein

Hinterlegt bei: \_\_\_\_\_

Bei Tod des Gatten / Gattin

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

Sterbedatum: \_\_\_\_\_

Aufbewahrungsort der Sterbeurkunde: \_\_\_\_\_

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde / des Stammbuches: \_\_\_\_\_

Aufbewahrungsort des Partnerschaftsvertrages: \_\_\_\_\_

Güterstand, Verwahrung Ehevertrag: \_\_\_\_\_

Bei Scheidung

Datum: \_\_\_\_\_

Gericht: \_\_\_\_\_

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils: \_\_\_\_\_

## Informationen "Testament"

Wenn Sie kein Testament aufsetzen, greift die gesetzlich festgelegte Erbfolge. Über diese sollten Sie sich frühzeitig informieren. Sie hängt davon ab, ob der Erblasser verheiratet ist, ob ein Ehevertrag vorliegt und wer die nächsten noch lebenden Verwandten sind. Entscheiden Sie sich dafür, Ihren „letzten Willen“ vollständig eigenhändig geschrieben, mit Ort und Datum versehen sowie unterschrieben aufzusetzen, so können Sie selbst festlegen, welche Person(en), oder ggf. auch Stiftungen und wohltätigen Vereine bedacht werden sollen. Wenn Sie möchten, dass eine Person oder Organisation ein Einzelstück, wie z. B. ein bestimmter Gegenstand, Bargeld, eine Immobilie oder auch deren lebenslange Nutzung, aus Ihrem Nachlass bekommen soll, können Sie dies als „Vermächtnis“ im Testament festlegen. Nutzen Sie dabei klare Formulierungen wie „ich vermache“ oder dieser und jener „bekommt“. Entscheiden Sie sich dafür, die Leistungen eines Notars gegen Gebühr in Anspruch zu nehmen, haben Sie die Gewähr, dass das Schriftstück auf seine amtliche Korrektheit geprüft wird und in amtliche Verwahrung beim Nachlassgericht kommt. Gegen Gebühr können Sie dort auch handschriftliche Testamente hinterlegen lassen.

Mehr zum Thema „Erben und Vererben“ unter [www.bmj.de](http://www.bmj.de).

Mehr Informationen gibt auch beim Amtsgericht Neustadt a.d.A. unter [www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgerichte/neustadt-aisch/verfahren\\_10.php](http://www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgerichte/neustadt-aisch/verfahren_10.php).

# Bestattungsverfügung

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

So sensibel das Thema Tod ist, desto wichtiger ist es, dass wir verantwortungsvoll damit umgehen und offen darüber reden bzw. es im Stillen für unsere Angehörigen dokumentieren. Zeigen Sie Stärke und legen Sie noch zu Lebzeiten fest, wie Sie bestattet werden möchten. Ihre Hinterbliebenen werden es Ihnen danken, denn für sie ist es tröstlich, Ihre Wünsche in dieser emotional belastenden Situation zu kennen und zu wissen, dass sie in Ihrem Sinne das Richtige tun. Sie können schriftlich in einer Bestattungsverfügung festhalten oder mit Ihren Angehörigen besprechen, wie und in welchem Rahmen Sie bestattet bzw. beigesetzt werden möchten.

Bestattungsinstitute bieten zudem den Abschluss eines Bestattungsvorsorgevertrags an. Darin können Sie alles bis aufs Detail festlegen. Auch die Finanzierung ist darin geregelt. Denn wer für die eigene Bestattung vorsorgen und Angehörige finanziell entlasten möchte, der sollte sich nicht darauf verlassen, dass sein dafür angelegtes Geld auf dem Sparbuch auch in jedem Fall für diesen Zweck verwendet werden wird. Denn sollte der Pflegefall eintreten, kann vom Sozialamt die Auflösung des Kontos beantragt werden, um die anfallenden Kosten im Pflegeheim zu decken. Das hart ersparte Geld, das zur Deckung der Bestattungskosten angedacht war, stünde in diesem Fall nicht mehr zur Verfügung. Stattdessen kann man eine Sterbegeldversicherung als zweckgebundene Kapitallebensversicherung abschließen oder ein Treuhandkonto einrichten. Auf diesem Konto ist das angelegte Geld konkurssicher und vor Zugriffen Dritter geschützt. Die Geldanlage kann dann nur dafür verwendet werden, um die Bestattungskosten zu decken.

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

Bestimme hiermit für den Fall meines Todes nachfolgende Vorgehensweise bezüglich der Bestattung meiner sterblichen Überreste:

## Allgemein

### Bestattungsart

- ☐ Erdbestattung:    ☐ im Wahlgrab    ☐ im Reihengrab    ☐ im anonymen Erdgrab
- ☐ Feuerbestattung:    ☐ im (Erd-)Urnengrab    ☐ im Kolumbarium    ☐ in einer Urnenstelle
- ☐ Im anonymen Urnengrab    ☐ meine Asche soll auf einer Aschestreuwiese
- ☐ verstreut werden: \_\_\_\_\_

# Bestattungsverfügung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

☐ Seebestattung

☐ Baumbestattung

☐ Andere Bestattungsart: \_\_\_\_\_

## Bestattungsort

Ich möchte bestattet werden in \_\_\_\_\_

## Grabstätte

☐ Ich verfüge bereits über eine Grabstätte: \_\_\_\_\_

Es wird ein Grabmal gewünscht: ☐ ja ☐ nein

☐ Das Grabmal soll wie folgt aussehen:

☐ Der Text soll wie folgt lauten:

☐ Ich wünsche, dass die Gestaltung und Inschrift des Grabmals durch meine Angehörigen festgelegt werden.

☐ Ein Grabpflegevertrag soll geschlossen werden.

☐ Ein Grabpflegevertrag liegt: \_\_\_\_\_

☐ Aussehen des Sarges / der Urne:

\_\_\_\_\_

Einkleidung meines toten Körpers:

# Bestattungsverfügung

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

## Trauerfeier

- ☐ Ich wünsche keine Trauerfeier
- ☐ Ich wünsche eine Trauerfeier
- ☐ Ich wünsche eine Trauerfeier am Grab
- ☐ Ich wünsche eine Trauerfeier vor der Beisetzung
- ☐ Ich wünsche eine Trauerfeier vor der Kremation (bei einer Feuerbestattung)

## Teilnehmer

- ☐ Ich wünsche eine Trauerfeier im engsten Familienkreis
- ☐ Ich wünsche eine Trauerfeier mit Freunden und Bekannten
- ☐ Ich wünsche eine öffentliche Trauerfeier
- ☐ Die Feier soll keine Aufbahrung meines Leichnams beinhalten
- ☐ Die Feier soll eine Aufbahrung beinhalten

## Kirchlicher Beistand und Trauerfeierrede

- ☐ Ich wünsche keinen religiösen Beistand
- ☐ Ich wünsche Kirchenbeistand

Name der Glaubensgemeinschaft: \_\_\_\_\_

- ☐ Es soll eine Trauerfeierrede abgehalten werden

Inhalte der Trauerrede:

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

Vorname bzw. Rufname / Kosenamen: \_\_\_\_\_

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

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Eltern / Pflegeeltern / Stiefmutter / Stiefvater:

Adresse:

Geburtsort:

# Bestattungsverfügung

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

Geschwister ( Geschwisterfolge mit Vorname und Geburtsjahr):    noch lebend? ☐ ja ☐ nein

Kindheit, Schulzeit, Jugend (Besondere Erlebnisse / Umstände):

Schulabschluss, Studium (Wann, Wo?):

Erlernete/r Beruf/e (Lehre, wo gearbeitet - evtl. von bis, wann Ruhestand / Rente?):

Heirat/en, Lebenspartnerschaft/en:

Name, Vorname:	Geburtsname:
----------------	--------------

Wo geheiratet?:	Falls geschieden oder verstorben: Wann?
-----------------	---

Name, Vorname:	Geburtsname:
----------------	--------------

Wo geheiratet?:	Falls geschieden oder verstorben: Wann?
-----------------	---

Wann und wo haben Sie Ihr/n Partner/in kennengelernt?

# Bestattungsverfügung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Kinder (Reihenfolge mit Vorname und Geburtsdatum):

--

Enkel und Urenkel (Reihenfolge mit Vorname und Geburtsdatum):

--

Mein Lebensmotto:

--

Prägende Lebenserfahrungen: Krieg (Teilnahme), Vertreibung, Krankheit, Schicksalsschläge:

--

Wichtige Begleiter auf meinem Lebensweg (Freunde, Arbeitskollegen, Haustiere):

--

Hobbys, Sport, gemeinsame Beschäftigung mit Familie - Freunde:

--

# Bestattungsverfügung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft in Vereinen (Tätigkeit, Position, Sponsor):

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

Was ist Ihnen noch wichtig zu erwähnen?

## Musik

☐ Ich wünsche keine Musik

☐ Es soll folgende Musik von einem Tonträger abgespielt werden

Interpret/Titel (wenn bereits bekannt): \_\_\_\_\_

☐ Ich wünsche Livemusik (Trauerfeiersänger, Chor, Musiker)

Name (wenn bereits bekannt): \_\_\_\_\_

## Blumenschmuck

☐ Ich wünsche keinen Blumenschmuck

☐ Ich wünsche Blumenschmuck für den Sarg /Urne

☐ Ich wünsche Blumenschmuck für das Grab. Folgende Blumen (wenn bereits bekannt):

\_\_\_\_\_

☐ Anstelle von Kränzen und Blumen sind Spenden an folgende Organisation zu richten:

\_\_\_\_\_

# Bestattungsverfügung

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

## Zeitungsanzeigen

☐ Ich wünsche keine Zeitungsanzeige

☐ Ich wünsche eine Anzeige in Zeitung (wenn bereits bekannt):

\_\_\_\_\_

☐ Anzeigentext (wenn bereits bekannt):

## Trauerkarten

☐ Ich wünsche keine Trauerkarten

☐ Ich wünsche Trauerkarten mit folgendem Motiv (wenn bereits bekannt):

\_\_\_\_\_

☐ Sonstige Wünsche für die Bestattung:

\_\_\_\_\_

## Finanzielle Absicherung

☐ Meine Bestattung ist finanziell abgesichert durch einen Vorsorgevertrag.

☐ Meine Bestattung ist finanziell abgesichert durch eine Vorsorgeversicherung.

☐ Meine Bestattung ist finanziell abgesichert durch ein Sparkonto.

Institut: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Sonstige Art der Absicherung: \_\_\_\_\_

## Durchführung der Bestattung

☐ Meine Bestattung soll ein Bestattungsinstitut durchführen, das meine Angehörigen festlegen.

☐ Meine Bestattung soll von folgendem Bestattungsinstitut durchgeführt werden.

Name des Bestattungsinstituts: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_



# Bestattungsverfügung

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

## Organisation der Bestattung

Ich beauftrage folgende Person mit der Organisation meiner Bestattung und bevollmächtige diese Person, alle offenen Fragen bezüglich der Bestattung zu klären (nur auszufüllen, wenn eine bestimmte Person die Bestattung organisieren soll):

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Weitere Dokumente

☐ Ich habe ein Testament erstellt, welches an folgendem Ort hinterlegt ist:

\_\_\_\_\_

☐ Mein Familienstammbuch, mein Ausweis und meine Krankenkassenkarte sind zu finden:

☐ Ich habe eine Liste der Trauergäste erstellt, sie ist zu finden:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben aus freiem Willen und ohne äußeren Druck gemacht habe und ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Von allen Beteiligten erwarte ich, dass dieser Verfügung in jedem Falle Folge geleistet wird. Sollte eine Bestimmung nicht möglich, oder eine Situation nicht hinreichend beschrieben sein, so soll mein aus meinen Dokumenten hervorgehender, mutmaßlicher Wille umgesetzt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verfügende/r

# Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

# Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

## Aktualisierung der Einträge

Bitte überprüfen Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens bei einer persönlichen oder gesundheitlichen Änderung, Ihre Angaben. Bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift und das jeweilige Datum Ihre Angaben.

Datum	Unterschrift

## Beratungsangebote

Mit dem Seniorenrat der Stadt finden die älteren Bürger einen Ansprechpartner für alle Belange sowie die Möglichkeit, sich selbst aktiv in der Seniorenpolitik zu engagieren. Zweimal jährlich gibt der Rat ein Veranstaltungsprogramm heraus, das in seiner ganzen Vielfalt auch die komplette Bandbreite des Seniorenlebens widerspiegelt. Das Programmheft ist bei uns im Stadtbüro kostenlos erhältlich.

### Seniorenrat Bad Windsheim

Erika Reichert

Erste Vorsitzende

Ostpreußen Str. 3, 91438 Bad Windsheim

☎ 09841 6016030 📠 0160 8559540 ✉ Erika.Reichert@seniorenrat-bad-windsheim.de

### Nachbarschaftshilfe Bad Windsheim

Die Nachbarschaftshilfe springt ein, wenn andere Hilffssysteme nicht mehr greifen und kann dadurch kurzfristig zur Lösung eines Problems beitragen. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unterstützen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Einkaufen oder der Versorgung eines Haustieres, bei Schriftverkehr, begleiten zu Arztbesuchen oder betreuen Senioren und Kinder. Nicht übernommen werden können pflegerische Tätigkeiten, fachhandwerkliche Leistungen oder juristische und ärztliche Beratung. Die ehrenamtliche Unterstützung unterliegt der Schweigepflicht und ist unentgeltlich. Nur bei Fahrten zu z. B. Arztbesuchen außerhalb von Bad Windsheim sind 30 Cent pro Kilometer an den Helfer oder die Helferin zu entrichten. Melden Sie sich gerne, wenn Sie Bedarf haben oder selbst Hilfe anbieten möchten.

📠 0173 3144971 ✉ nachbarschaftshilfe@bad-windsheim.de

## Beratungsangebote

Darüber hinaus bieten Ihnen die nachfolgenden Vereine Einzelberatungen und Vorträge über Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung an.

### **Arbeiterwohlfahrt AWO**

Ortsverband Bad Windsheim  
Heiko Glockauer, Bad Windsheim  
Telefon: 09841 7989  
E-Mail: awobadwindsheim@gmail.com

### **ASB Bad Windsheim e. V.**

bietet „Essen auf Rädern / fahrbaren Mittagstisch“, Hausnotruf, Fahrdienste, Besuchshundedienst und ambulante Pflege an.  
Raiffeisenstraße 17, 91438 Bad Windsheim  
Telefon: 09841 6690-0  
Internet: [www.asb-die-samariter.de](http://www.asb-die-samariter.de)

### **Bayerisches Rotes Kreuz - Kreisverband Neustadt a.d. Aisch - Bad Windsheim**

#### Ambulanter Pflegedienst:

Grund- und Behandlungspflege, Kurzzeitpflege, Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen, Hauswirtschaftliche Versorgung wie einkaufen, kochen oder reinigen der Wohnung, Betreuung und Hilfe bei der Alltagsgestaltung  
An der Bleiche 1, 91413 Neustadt a.d. Aisch  
Telefon: 09161 8877-77  
Internet: [www.brk-nea-bw.de](http://www.brk-nea-bw.de)

### **Betreuungsverein der Lebenshilfe Neustadt/Aisch-Bad Windsheim e.V.**

Hagelsteingasse 2, 91438 Bad Windsheim  
Telefon: 09841/68251911, Fax: 09841/6825 19 20  
E-Mail: [catja.schuehlein.bv@lebenshilfe-badwindsheim.de](mailto:catja.schuehlein.bv@lebenshilfe-badwindsheim.de)

## Beratungsangebote

### **Caritasverband Scheinfeld und Landkreis Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim e. V.**

Ansbacher Straße 6, 91413 Neustadt a.d. Aisch

Telefon: 09161 8889-0 (Montag bis Freitag, 9 bis 12 Uhr; Montag bis Donnerstag, 14 bis 16 Uhr)

Internet: [www.caritas-nea.de](http://www.caritas-nea.de)

E-Mail: [info@caritas-nea.de](mailto:info@caritas-nea.de)

#### Sozialstation / Ambulanter Pflegedienst:

Beratung zu Pflege, Leistungsansprüchen und Kosten; Grund- und Behandlungspflege; zusätzlich hauswirtschaftliche Versorgung; Viertel- und halbjährliche Pflegeeinsätze bei Beziehung des Pflegegeldes; Hilfe im Haushalt und beim Einkaufen; Hausnotruf;

Telefon: 09161 8889-25

E-Mail: [sozialstation@caritas-nea.de](mailto:sozialstation@caritas-nea.de)

#### Fachstelle für pflegende Angehörige:

Beratung und Information zu Hilfs- und Entlastungsangeboten, Demenzerkrankungen, alltägliche Sorgen und Belastungen in der Pflege.

Telefon: 09161 8889-19

#### Betreuungsverein:

Vermittlung und Unterstützung von (ehrenamtlich) Betreuenden, die bei Behinderung, psychischer Krankheit oder Altersverwirrtheit Aufgaben wie Gesundheitsfürsorge, Behörden- und Vermögensangelegenheiten sowie Aufenthaltsbestimmung übernehmen können. Darüber hinaus: Beratung zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung;

Telefon: 09161 88 89-15 /- 17 /-22

### **Familienservice Frankenhöhe – Abteilung Senioren-Assistenz**

Anerkannter Betreuungsdienst der Pflegekassen in Bayern

- Pflegeberatung
- Begleitung, Betreuung
- Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige nach §45 SGB XI
- Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI
- Alltagsbegleitung, Freizeitassistenz
- Haushaltsnahe Dienstleistungen
- Begegnungs-Café dienstags von 13-17 Uhr (alle 14 Tage)

Herrngasse 5, 91438 Bad Windsheim

Telefon: 09841 9040495, Mobil: 0170 6602504

E-Mail: [kontakt@familienservice-frankenhoehe.de](mailto:kontakt@familienservice-frankenhoehe.de)

Internet: [www.familienservice-frankenhoehe.de](http://www.familienservice-frankenhoehe.de)

## Beratungsangebote

### **Hospizverein Bad Windsheim e. V.**

Beratung bei der Pflege von schwerstkranken Angehörigen; Begleitung dieser durch ausgebildete Hospizhelfende; Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zur spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV) am Klinikum Ansbach; Gesprächskreis für Trauernde; Unterstützung Ehrenamtlicher, die Bewohnende in Bad Windsheimer Senioreneinrichtungen besuchen möchten; Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht;

Krämergasse 2, 91438 Bad Windsheim

Telefon: 0175 80 31 819 (weitere Kontakte über Website)

E-Mail: [info@hospizverein-bad-windsheim.de](mailto:info@hospizverein-bad-windsheim.de)

Internet: [www.hospizverein-bad-windsheim.de](http://www.hospizverein-bad-windsheim.de)

### **Notariat Bad Windsheim**

Beratung zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung und zur Testamentserstellung

Berliner Straße 69, 91438 Bad Windsheim

Telefon: 09841 2098

Unter dem Titel „Erben und Vererben – Grundzüge des Erbrechts“ bietet Notarin Monika Bauer zudem regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Volkshochschule Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim einen Vortrag an. Mehr zur VHS unter „Erwachsenenbildung“ unter [www.vhs-nea-bw.de](http://www.vhs-nea-bw.de)

### **Projekt „Strohalm“ e. V.**

Bietet schnell und unbürokratisch Hilfe in Notsituationen.

Ulrike Eberlein, Mobil: 0160 98064254

E-Mail: [projekt-strohalm@web.de](mailto:projekt-strohalm@web.de)

### **Sozialverband VdK**

Der VdK ist Bayerns größter Sozialverband und ein starker Partner bei den Themen Rente, Krankheit, Pflege, Behinderung und Erwerbsminderung.

Auskunft und Beratung in der VdK-Kreisgeschäftsstelle, Bamberger Str. 33, 91413 Neustadt,

Telefon: 09161 815330

E-Mail: [kv-neustadt-aisch@vdk.de](mailto:kv-neustadt-aisch@vdk.de)

Internet: [www.bayern.vdk.de/vor-ort/ov-bad-windsheim/](http://www.bayern.vdk.de/vor-ort/ov-bad-windsheim/)

Ortsverband Bad Windsheim

Hans Henninger, Ickelheim, Telefon: 09841 4549

Elisabeth Dehner, Bad Windsheim, Telefon: 09841 4505

Brunhilde Singenstreu, Bad Windsheim, Telefon: 09841 7024

## Beratungsangebote

### **Zentrale Diakoniestation im Raum Neustadt a.d. Aisch**

Internet: [www.diakonie-neustadt-aisch.de](http://www.diakonie-neustadt-aisch.de)

#### Ambulanter Pflegedienst:

Grund- und Behandlungspflege, Pflegekurse für pflegende Angehörige, Palliativpflege mit gerontopsychiatrischen Fachkräften

Zuständig für Bad Windsheim: Diakoniestation Gollach / Obere Aisch, Bahnhofstraße 19, 97215 Uffenheim

Telefon: 09842 9530690

#### Fachstelle für pflegende Angehörige:

Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten und Pflegebedürftigkeit, Hilfs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Leistungen der Pflegeversicherung, Umgang mit Demenz, sozialrechtliche Leistungen bei persönlicher und psychischer Belastung.

Telefon: 09161 8995-23 (montags und mittwochs 9 bis 11 Uhr)



## Übersicht über Defibrillatoren-Standorte in Bad Windsheim

### Defi-Standorte Bad Windsheim und Ortsteile

- Tourist-Info, Rathaus-Arkaden Marktplatz
- Öffentliche Toiletten, Schüsselmarkt
- Rathaus, Marktplatz 1
- Raiffeisenbank, Am Bahnhofsplatz 1
- ARCD Auto- und Reiseclub Deutschland, Oberntiefer Straße 20
- Wirtschaftsschule, Galgenbuckweg 3
- Mittelschule (Sporthalle und Lehrerzimmer), Galgenbuckweg 7
- Pastorius-Grundschule (Sporthalle), Friedensweg 8a
- Georg-Wilhelm-Steller-Gymnasium, Friedensweg 24
- RBW Seniorenresidenz Bad Windsheim, Erkenbrechtallee 33
- Kur- und Kongress-Center Bad Windsheim, Erkenbrechtallee 2
- Fränkisches Freilandmuseum, Eisweiherweg 1
- ARVENA Reichsstadthotel, Pastoriusstraße 5
- Sparkasse, SB-Foyer 24/7, Pastoriusstraße 9-11
- Stadtwerke Bad Windsheim, Vorm Rothenburger Tor 2
- AWO-Klinik zur Solequelle, Zur Solequelle 2
- Zahnärzte am Neumühlenweg, Neumühlenweg 9
- Waaghaus der Dorfgemeinschaft Ickelheim, Hauptstraße 36
- Waaghaus Lenkersheim, Steingasse 3
- Humprechtsau, Bushäuschen an der Kirche, Ortsmitte
- Feuerwehrhaus Külsheim, Westseite

Bitte beachten Sie, dass weitere Defibrillatoren dazukommen können, die Liste ist dann nicht mehr vollständig.

Eine Übersichtskarte zu den Defi-Standorten finden Sie auf der nächsten Seite.

## IMPRESSUM

**Herausgeber:** Stadt Bad Windsheim

**Bearbeitung:** Stadt Bad Windsheim / Quartiersmanagement, Marktplatz 1, 91438 Bad Windsheim  
Tel. 0984 1 6689-0, E-Mail: [info@bad-windsheim.de](mailto:info@bad-windsheim.de)

**Bildnachweise:** Stadt Bad Windsheim

Einige grafische Elemente (z. B. Piktogramme) stammen aus der Canva-Bibliothek ([www.canva.com](http://www.canva.com)) und wurden gemäß den Lizenzbedingungen verwendet.

1. Auflage, 100 Stück, Oktober 2025

Die Stadt Bad Windsheim übernimmt für die Vollständigkeit und korrekte Wiedergabe von Telefonnummern oder anderen Angaben keine Gewähr.

Die vorliegende Notfall- und Vorsorgemappe wurde mit Mitteln des Förderprogramms "Demografiefeste Kommune" des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen und für Heimat finanziell unterstützt.

gefördert durch

Bayerisches Staatsministerium  
der Finanzen und für Heimat



DEMOGRAFIEFESTE  
KOMMUNE

