VORSORGE Mappe

Hilfe für den Notfall

LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

KSR Bodenseekreis

Impressum

Herausgeber: Landratsamt Bodenseekreis in Zusammenarbeit mit dem Kreisseniorenrat Bodenseekreis
Tel.: 07541 204-5118
E-Mail: edeltraud.effelsberg@bodenseekreis.de

Entwurf: Wolfgang Seiffert, KSR

Bearbeitung: Klausurgruppe:
Rosmarie Baur, Gerlinde Krauthause,
Karin Sobiech-Wischnowski, Reinhold Terwart

AK Öffentlichkeitsarbeit:
Eleonore Zecho, Harald Leber,
Hans-Peter Sedlatschek, Karl-Heinz Wahl

Landratsamt Bodenseekreis
Edeltraud Effelsberg, Constanze Maag, Eduard Miller

Ausgabe 2009

Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger!

Wer klug handelt, sorgt vor!

Und Sie sollten sicher sein, dass in jeder Lebenslage in Ihrem Sinne gehandelt wird. Dazu bedarf es klarer Handlungsanweisungen und aller nötigen Informationen, die von Bedeutung sein können.

Dabei will Ihnen diese Vorsorge-Mappe helfen. Sie wurde vom Kreisseniorenrat entworfen und gestaltet und wird vom Landratsamt Bodenseekreis herausgegeben. Nehmen Sie sich die Zeit, diese Mappe auszufüllen. Sie können viele persönliche Daten eintragen, wichtige medizinische Angaben machen und festlegen, was in einem Notfall geschehen soll. Die Angaben sind in einem Schnellhefter zusammengefasst, damit Sie die Möglichkeit haben, weitere Blätter, Formulare und Urkunden, die Ihnen wichtig erscheinen, einzufügen.

Richtig vorgesorgt haben Sie, wenn Sie auch eine Vorsorgevollmacht oder wenigstens eine Betreuungsverfügung und dazu noch eine Patientenverfügung ausgefüllt haben. Lassen Sie Ihre Angehörigen wissen, wo Sie diese Formulare und die Vorsorge-Mappe aufbewahren, damit diese in einem Notfall, bei Unfall oder Krankheit Zugriff darauf haben. Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich im Landratsamt oder beim Kreisseniorenrat beraten lassen.

Sprechen Sie über diese Vorsorge-Mappe mit Ihren Angehörigen, mit Freunden, Nachbarn und Bekannten. Machen Sie vor allem auch jüngere Menschen auf diese Vorsorgemöglichkeit aufmerksam. Die Mappe ist kostenlos im Landratsamt erhältlich. Sie kann auch aus dem Internet unter www.bodenseekreis.de und www.kreisseniorenrat-bsk.de heruntergeladen werden.

Wir hoffen, dass Ihnen die ausgefüllte Vorsorge-Mappe das gute Gefühl gibt, wichtige Dinge für den Notfall übersichtlich geregelt zu haben.

Mit herzlichem Gruß

Lothar Wölfle
Landrat

Harald Leber
Vorsitzender KSR

Inhaltsübersicht

Seite

A

Ärzte 10
Ärztliche Behandlungen - ambulant 12
Allergie-Pass 11
Altersversorgung 13
Anlagen/Ergänzungen 25
Apotheke 10
Auslandskrankenversicherung 14

B

Bankvollmacht 19
Bausparverträge 13
Behinderungsstufe 12
Benachrichtigung im Notfall 9
Benachrichtigung im Todesfall ..... 22 + 23
Bestattung 21
Bestattungsinstitut 21
Bestattungsort 21
Bestattungswünsche 21
Betreuungsverfügung 19
Betriebsrente 13

E

Erbvertrag 20

F

Fachärzte 10
Feuer-/Gebäudeversicherung 14

G

Glasversicherung 14

H

Haftpflichtversicherung 16
Hausarzt 10
Hausratversicherung 14

I

Impfungen 11

Inhaltsübersicht

Seite

K
Kfz-Versicherung ..... 18 + 19
Klinische Behandlungen - stationär 12
Krankenhäuser 10
Krankenkasse - gesetzlich oder privat 15

L
Lebensversicherung 15

M
Medikamentennachweis 11
Merkblatt Vorsorgeformulare ..... 17 + 18

N
Nachlassregelungen 20

O
Organspende-Ausweis 11

P
Patientenverfügung 19
Persönliche Daten 8
Pflegestufe 12
Pflegeversicherung 15
Postvollmacht 19
Private Renten 13
Private Zusatzversicherungen 16
Privathaftpflichtversicherung 16

R
Rente & Beamtenversorgung 13
Rettungsdienste 7

S
Schlüsselverwahrung 8
Sterbegeldversicherung 16

T
Testament-Aufbewahrung 20

Inhaltsübersicht

Seite

U

Unfallversicherung 16

V

Vermächtnis 20
Vermieter 8
Versicherungen 14
Vorsorge 19
Vorsorgevollmacht 19

W

Was ist nach dem Todesfall zu erledigen 24
Wichtige Rufnummern 7
Wohnungseigentümer 8

Z

Zusatzversicherung 16

Wichtige Rufnummern

■ Polizei	▸ Notruf 110
■ örtliche Polizei	▸ _____
■ Feuerwehr	▸ Notruf 112
■ Rettungsdienst	▸ Notruf 112
■ örtlicher Rettungsdienst	▸ 19222
■ Krankentransport	▸ 19222
■ Auskunft über:	
- ärztlichen Bereitschaftsdienst	▸ 19222
- zahnärztlichen Bereitschaftsdienst	▸ 0180 5911620
- Apothekennotdienst	▸ 19222 oder www.aponet.de

■ Hausarzt _____	▸ _____
■ Zahnarzt _____	▸ _____
■ örtliche Apotheke	▸ _____
■ Sozialstation	▸ _____
■ Pfarramt	▸ _____
■ Bestattungsinstitut	▸ _____
■ Stadt-/Gemeindeverwaltung	▸ _____
■ Wichtige/r Angehörige/r	
_____ (Name)	▸ _____
■ Vertraute/r Nachbar/in	
_____ (Name)	▸ _____
■ Bevollmächtigte/r	
_____ (Name)	▸ _____

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Pass-/Ausweis-Nr.: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Blutgruppe: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Schlüsselverwahrung:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Hausschlüssel ☐ Wohnungsschlüssel ☐ _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Wohnungseigentümer:

☐ Ich wohne in meiner eigenen Wohnung/meinem eigenen Haus.

☐ Ich wohne in einer Mietwohnung. Kontaktdaten des Vermieters:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Angehörige, die im Notfall zu benachrichtigen sind:

☐ Ehe-/Lebenspartner

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

☐ _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

☐ _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

☐ _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Ärzte:

Hausarzt

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Weitere Ärzte/Fachärzte

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Krankenhaus:

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Apotheke:

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Ich bin von Rezeptzuzahlung befreit: ☐ nein ☐ ja ☐ privat

Impfungen:

Impfbuch vorhanden: ☐ nein ☐ ja

Durchgeführte Impfungen laut angefügtem Nachweis:

_____

_____

Organspende:

Organspendeausweis vorhanden: ☐ nein ☐ ja

Allergien:

Allergiepass vorhanden: ☐ nein ☐ ja

Bekannte Allergien:

_____

_____

Besondere Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe aus Medikamenten:

_____

_____

Medikamentennachweis:

(Blutgerinnungshemmende Mittel, z. B. Marcumar und ähnliches bitte besonders kennzeichnen!)

Name des Medikaments	Einnahmezeit			
	morgens	mittags	abends	nachts

Wichtige ärztliche Behandlungen - ambulant:

Datum von	Datum bis	Behandelnder Arzt	Grund der Behandlung (Diagnose)

Klinische Behandlungen - stationär:

Datum von	Datum bis	Name/Anschrift des Krankenhauses	Grund der Klinikaufnahme (Diagnose)

Behinderungsstufe:

Grad der Behinderung: _____ %

Merkzeichen: _____ Wertmarke: ☐ nein ☐ ja

Pflegegeldversicherung:

Pflegestufe: ☐ eins ☐ zwei ☐ drei ☐ Demenz

Altersversorgung:

Deutsche Rentenversicherung - Bund

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nummer/Kennzeichen: _____

Beamtenversorgung - Bund/Land

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Vers.-Nr./Pers.-Nr./Beihilfe-Nr.: _____

Private Renten- oder Betriebsrentenansprüche (z. B. Riester u. a.)

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Bausparverträge

Bausparkasse: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Vertrags-Nr.: _____

Bausparkasse: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Vertrags-Nr.: _____

Versicherungen:

Auslandskrankenversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Feuer-/Gebäudeversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Glasversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Hausratversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

KFZ-Versicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____ KFZ-Kennzeichen: _____

☐ Vollkasko ☐ Teilkasko Höhe Selbstbeteiligung: _____ Euro

KFZ-Versicherung (Zweitfahrzeug)

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____ KFZ-Kennzeichen: _____

☐ Vollkasko ☐ Teilkasko Höhe Selbstbeteiligung: _____ Euro

Krankenkasse

☐ gesetzlich ☐ privat

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Karten- und Versicherungs-Nr.: _____

Ich bin von Zuzahlungen befreit: ☐ nein ☐ ja

Lebensversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Pflegeversicherung

☐ gesetzlich ☐ privat

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Private (Zusatz-)Krankenversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Sterbegeldversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Unfallversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Sonstige Versicherungen

_____

_____

_____

_____

Merkblatt

Betreuungsverfügung - Vorsorgevollmacht - Patientenverfügung

In jeder Altersstufe kann es vorkommen, dass Sie durch einen Unfall, eine Erkrankung, durch einen Schlaganfall oder Demenz nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen oder diese verständlich zu äußern.

Sie sollten schriftlich festlegen, wer in solch einem Fall für Sie Entscheidungen treffen darf. Tun Sie dies nicht, können Sie weder von Ihrem Ehepartner, noch von Ihren Kindern, dem Lebenspartner oder den Verwandten, wirksam vertreten werden.

Falls Sie nichts schriftlich festgelegt haben, wird das Vormundschaftsgericht einen Betreuer bestimmen - das kann zwar jemand aus der Familie, aber auch ein ganz fremder Mensch sein.

Sorgen Sie vor, so lange Sie es noch können!

Sie können schriftlich eine Betreuungsverfügung oder eine Vorsorgevollmacht erstellen.

Betreuungsverfügung

- Mit einer Betreuungsverfügung legen Sie selbst fest, welche Person vom Vormundschaftsgericht zu Ihrem Betreuer bestimmt werden soll (Sie können auch mehrere Personen vorschlagen bzw. festlegen, wer auf keinen Fall als Betreuer bestimmt werden soll).
- Sie können Wünsche bezüglich der Verwaltung Ihres Vermögens festhalten.
- Sie können Ihre Vorstellungen zu Ihrer pflegerischen Versorgung festhalten.
- Sie können auch weitere Wünsche und Vorstellungen aufschreiben.

Bitte beachten Sie:
- Sie sollten mit den Personen, die Sie in der Betreuungsverfügung benennen, vorher über Ihre Absicht sprechen.
- Vergessen Sie Datum und Unterschrift nicht!
- Bewahren Sie das Originalformular bei sich auf!
- Ein Betreuer kann erst dann tätig werden, wenn er das Original vorweisen kann.
- Der Betreuer arbeitet unter der Aufsicht des Vormundschaftsgerichtes!

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht ermöglicht Ihnen ein weitaus größeres Maß an Selbstbestimmung.

- Sie benennen eine oder mehrere Personen als Bevollmächtigte.
- Sie können viele Einzelheiten bezüglich Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Vermögenssorge, Gesundheitssorge, Vertretung vor Gericht und vieles andere festlegen.

Bitte beachten Sie:

- Sie sollten sich vor Abfassung mit Familienangehörigen und Vertrauenspersonen beraten.
- Sie sollten das Formular nach Möglichkeit im Beisein der von Ihnen ausgesuchten Personen ausfüllen, damit Sie mit den Bevollmächtigten einzelne Punkte besprechen und Unklarheiten beseitigen können.
- Sie können die Vollmacht beim Landratsamt (Tel.: 07541 204-5287) beglaubigen lassen.
- Wenn Sie Grundvermögen (z. B. Hausgrundstück oder Eigentumswohnung) besitzen muss die Beglaubigung durch einen Notar erfolgen (Bei Beglaubigung erst bei der Behörde oder dem Notar unterschreiben!).
- Bewahren Sie das Originalformular bei sich auf.

Patientenverfügung

Seit Juni 2009 hat die Patientenverfügung - wie bisher schon die Betreuungsverfügung und die Vorsorgevollmacht - eine rechtliche Grundlage.

- In einer Patientenverfügung können Sie festlegen, was medizinisch unternommen werden soll, wenn Sie entscheidungsunfähig sind.
- Eine Patientenverfügung ist im Notfall eine große Hilfe für Ihre Angehörigen und die Ärzte.
- Informationen dazu können Sie im Internet unter www.bmj.bund.de finden.

Formulare können Sie beim Landratsamt Bodenseekreis (Tel.: 07541 204-5287) und beim Kreisseniorenrat (Tel.: 07541 204-5118) erhalten. Der Kreisseniorenrat bietet auch Vorträge zum Thema „Vorsorge“ an (Tel.: 07541 583228).

Vorsorge:

Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung wurde erteilt: ☐ nein ☐ ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

☐ Die Betreuungsverfügung ist im Anhang beigefügt.

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht wurde erteilt: ☐ nein ☐ ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

☐ Die Vorsorgevollmacht ist im Anhang beigefügt.

Postvollmacht

Eine Postvollmacht wurde erteilt: ☐ nein ☐ ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

☐ Die Postvollmacht ist im Anhang beigefügt.

Bankvollmacht

Eine Bankvollmacht wurde erteilt: ☐ nein ☐ ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

☐ Die Bankvollmacht ist im Anhang beigefügt.

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung ausgefüllt: ☐ nein ☐ ja

☐ Die Patientenverfügung ist im Anhang beigefügt.

Nachlassregelungen:

Handschriftliches Testament („Berliner Testament“)

Ich habe meinen letzten Willen handschriftlich abgefasst: ☐ nein ☐ ja

Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Hinterlegungsort: _____

Notarielles Testament („Berliner Testament“)

Ich habe meinen letzten Willen notariell beurkunden lassen: ☐ nein ☐ ja

Name und Adresse des Notars: _____

_____

Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Hinterlegungsort: _____

Erbvertrag

Ich habe einen Erbvertrag abgeschlossen: ☐ nein ☐ ja

Kenntnis vom Bestehen des Erbvertrags hat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Hinterlegungsort: _____

Vermächtnis/Zuordnung bestimmter Erbstücke (lt. Testament)

Ich habe in meinem Testament ein Vermächtnis angeordnet: ☐ nein ☐ ja

_____

_____

_____

Bestattungsvorgaben und -wünsche:

Bestattungsvertrag

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen: ☐ nein ☐ ja

Art der Bestattung

☐ Erdbestattung
☐ Seebestattung
☐ Feuerbestattung
☐ anonyme Bestattung
☐ Bestattung in einem Friedwald
☐ _____

Bestattungsort/Friedhof

☐ Eine Grabstätte ist bereits vorhanden, Grabnummer: _____
☐ Eine Grabstätte ist nicht vorhanden.
☐ Ich möchte beigesetzt werden, Name/Grabnummer: _____
☐ Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof: _____
☐ Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen
☐ Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunde
☐ Ich wünsche eine normal übliche Bestattung ohne Ausnahmen

Bestattungsinstitut

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Benachrichtigungen:

Im Todesfall zu benachrichtigende Angehörige/Verwandte/Freunde

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Was ist nach einem Todesfall zu erledigen:

	Telefon	Datum	erledigt
1. Totenschein vom (Unfall-)Arzt oder Krankenhaus			☐
2. Bestattungsunternehmen beauftragen			☐
3. Beerdigungstermin festlegen			☐
4. Kirchengemeinde verständigen			☐
5. Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach beantragen)			☐
6. Traueranzeigen in Zeitungen in Auftrag geben			☐
7. Trauerkarten bestellen			☐
8. Krankenkasse/Rentenversicherungsträger informieren			☐
9. Arbeitgeber verständigen			☐
10. Landesamt für Besoldung verständigen (bei Beamten)			☐
11. Rentenversicherungsträger verständigen			☐
12. Versorgungsamt verständigen			☐
13. Vereine benachrichtigen			☐
14. Sonderurlaub beim eigenen Arbeitgeber beantragen			☐
15. Testament an Notar oder Nachlassgericht übergeben			☐
16. Finanzamt verständigen			☐
17. Lebens-/Sterbegeldversicherung verständigen			☐
18. Gewerkschaft verständigen (evtl. Sterbegeldversicherung)			☐
19. Versicherungen verständigen			☐
20. Zusatzversicherungen verständigen			☐
21. Eventuell finanzielle Angelegenheiten abklären			☐
22. Mitgliedschaften kündigen			☐
23. Radio, TV und Telefon abmelden bzw. umschreiben			☐
24. Mietwohnung, Garage u. a. kündigen			☐
25. Eventuell Nachmieter suchen (Zeitungsanzeige)			☐
26. Wohnungsauflösung vorbereiten (evtl. durch Entrümpler)			☐
27. Energieverbrauchswerte (Strom/Gas/Wasser) ablesen lassen			☐
28. Abfallentsorgung kündigen			☐
29. Abonnements (Zeitung/Zeitschriften) kündigen			☐
30. Kraftfahrzeug abmelden			☐
31.			☐
32.			☐

Bestattungsunternehmen erledigen gegen Bezahlung viele dieser Dinge nach Ihren Weisungen!

Denken Sie auch an Trauerkleidung, Trauerfeier und die Unterbringung auswärtiger Trauergäste.

Anlagen

Zur Ergänzung der Vorsorgemappe können Sie weitere wichtige Schriftstücke und Angaben einbringen, wie z. B.

- Bankinstitut
- Grundbesitz
- Verbindlichkeiten
- Vermögensaufstellung

- Vorsorgevollmacht mit Regelung der Versorgungsangelegenheiten
  (z. B. Rente, Pension, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht u. a.)
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung
- Bevollmächtigte

- Wichtige Daten vom (Ehe-)Partner
- Anlassbezogene Verfügungen oder Vollmachten
  (z. B. Gesundheitsvollmacht im Einzelfall u. a.)
- Notarielle Vollmachten
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

KSR Bodenseekreis

Betreuungsverfügung

Ich, _____
Vorname, Name

geboren am _____ in _____
Geburtsdatum Geburtsort

wohnhaft _____
Adresse

Telefon _____ Fax _____

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge von 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 meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:

_____
Vorname, Name

_____ _____
Geburtsdatum Geburtsort

_____
Adresse

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

■ Falls die vorstehende Person nicht zum Beteuer/zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

_____
Vorname, Name

_____ _____
Geburtsdatum Geburtsort

_____
Adresse

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

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

Vorname, Name

Geburtsdatum | Geburtsort

Adresse

Telefon | Fax | E-Mail

Vorname, Name

Geburtsdatum | Geburtsort

Adresse

Telefon | Fax | E-Mail

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

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum | Unterschrift

LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

KSR Bodenseekreis

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, _____

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:*

1. Situationen, für diese Verfügung gilt:

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

- Wenn ich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. ☐

- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. ☐
  Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso 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 äußerst unwahrscheinlich ist.

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

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

* (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

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

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

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

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. ☐
- Kein Wiederbelebungsmaßnahmen ☐

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

- keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene). ☐
- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen ☐

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

Ich wünsche eine Begleitung durch

☐ Seelsorge _____

☐ Hospizdienst _____

☐ _____
(persönliche Wünsche und Anmerkungen)

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

Bevollmächtigte/r

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

☐ Ich habe keine Vollmacht sondern ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, unter anderem meiner Bereitschaft zur Organspende (Organspendeausweis), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift

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

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name

Anschrift

Telefon Telefax

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

Name Telefon

Anschrift

Ort, Datum Unterschrift

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

LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

KSR Bodenseekreis

Vollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
Vorname, Name

geboren am _____ in _____
Geburtsdatum Geburtsort

wohnhaft _____
Adresse

Telefon _____ Fax _____

erteile hiermit Vollmacht an:

_____ (bevollmächtigte Person)
Vorname, Name

_____ _____
Geburtsdatum Geburtsort

_____
Adresse

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

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

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

1. Gesundheitssorge/Pflegebedüftigkeit

- 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 sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. ☐ 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. ☐ JA ☐ NEIN

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung ((§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. ☐ JA ☐ NEIN

- _____
  _____
  _____

- _____
  _____
  _____

- _____
  _____
  _____

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, 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 Heimvertrag abschließen und kündigen. ☐ JA ☐ NEIN
- _____
- _____

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. ☐ JA ☐ NEIN
- _____
- _____

4. 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

- Sie darf namentlich über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen, ☐ JA ☐ NEIN

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, ☐ JA ☐ NEIN

- Verbindlichkeiten eingehen, ☐ JA ☐ NEIN

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis). ☐ JA ☐ NEIN

- Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer/einer Betreuerin rechtlich gestattet ist. ☐ JA ☐ NEIN

- _____

  _____

  _____

- Folgende Geschäfte soll meine Betreuungsperson **NICHT** wahrnehmen können:

- _____

  _____

  _____

Hinweis: 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 Finanzterminge-schäften. 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.
Für Immobiliengeschäfte, die Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!

5. Post und Fernmeldeverkehr

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

6. Vertretung vor Gericht

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

7. Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen ☐ JA ☐ NEIN

8. 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

9. Weitere Regelungen

- _____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers