

# Notfallmappe

Organisiert in allen Lebenssituationen

# Notfallmappe

Organisiert in allen Lebenssituationen

## Sehr geehrte Nutzerin, sehr geehrter Nutzer dieser Notfallmappe,

durch ein plötzliches Ereignis wie z.B. Unfall oder Krankheit können wir schnell vor ungeahnten Schwierigkeiten stehen – unabhängig unseres Alters. Umso hilfreicher ist es, wichtige Ansprechpartner, Telefonnummern und Informationen für den Notfall parat zu haben und seine Angehörigen über die wichtigsten persönlichen Unterlagen und Wünsche zu informieren.

Gesundheitliche Aspekte sind ein heikles Thema, aber wir – das Universitätsklinikum Würzburg möchten Ihnen auch in diesem Bereich Unterstützung anbieten und haben daher eine Notfallmappe für Sie erarbeitet. Sie bietet im gesundheitlichen Ernstfall einen schnellen Überblick für Betroffene und deren Angehörige und dient als Hilfestellung, Ihre persönlichen Unterlagen und Wünsche systematisch zu sortieren.

Für die meisten Menschen ist es nicht angenehm, daran zu denken, dass man selbst erkranken oder einen Unfall erleiden könnte, so dass allzu oft vernachlässigt wird, wichtige Informationen weiterzugeben. Mit den Angaben in dieser Mappe können Sie dazu beitragen, dass Entscheidungen im Falle eines Falles in Ihrem Sinn getroffen werden und erleichtert Ihren Angehörigen langes Suchen.

Mit dieser Mappe möchten wir dazu beitragen, dass Sie auf möglichst viele Eventualitäten vorbereitet sind.

*Ihr Universitätsklinikum Würzburg*

# Inhalt



<b>1.</b>	<b>Persönliche Daten</b>	<b>7</b>
1.1	Persönliche Daten	8
1.2	Familie/Nahestehende Personen / Lieblingsmenschen	9
1.3	(Haus-)Tiere	12
1.4	Berufliches	14
1.5	Digitale Angelegenheiten	16
1.6	Dokumentencheckliste persönliche Daten	17



<b>2.</b>	<b>Gesundheit und Krankheit</b>	<b>19</b>
2.1	Medizinische Daten/Medikamente	20
2.2	Behandelnde Ärztinnen/Ärzte und Pflegedienst	23
2.3	Verlaufsdokumentation der Medizinischen Behandlungen	25
2.4	Krankenversicherung	26
2.5	Dokumentencheckliste Gesundheit und Krankheit	27



<b>3.</b>	<b>Verfügungen und Vollmachten</b>	<b>29</b>
3.1	Informationsblatt über Verfügungen/ Vollmachten	30
3.2	Eigene Angaben über Verfügungen/ Vollmachten	31
3.3	Dokumentencheckliste Verfügungen und Vollmachten	33



<b>4.</b>	<b>Vorsorge</b>	<b>35</b>
4.1	Rente, Versorgung, Lebensversicherungen	36
4.2	Dokumentencheckliste Vorsorge	39



<b>5.</b>	<b>Pflegebedürftigkeit</b>	<b>41</b>
5.1	Checkliste für das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit	42
5.2	Checkliste für die Krankenhauseinweisung	43
5.3	Infoblatt zur Pflegezeit	44
5.4	Biografiebogen	46



<b>6.</b>	<b>Finanzen</b>	<b>49</b>
6.1	Girokonten, Sparkonten, Wertpapiere	50
6.2	Verbindlichkeiten	51
6.3	Mitgliedschaften	52
6.4	Bestehende Verträge	53
6.5	Dokumentencheckliste Finanzen	54



<b>7.</b>	<b>Wohnen und Eigentum</b>	<b>57</b>
7.1	Mietwohnung/Miethaus	58
7.2	Immobilien	59
7.3	Vermietung	60
7.4	Energieversorgung/Grundsteuer	61
7.5	Dokumentencheckliste Wohnungen und Eigentum	62



<b>8.</b>	<b>Versicherungen</b>	<b>65</b>
8.1	Versicherungen für Haus und Wohnung	66
8.2	Unfallversicherung	67
8.3	Haftpflichtversicherung	67
8.4	Rechtsschutzversicherung	67
8.5	Weitere Versicherungen	68
8.6	Dokumentencheckliste Versicherungen	69



<b>9.</b>	<b>Kraftfahrzeuge</b>	<b>71</b>
9.1	Fahrzeuge	72
9.2	Kraftfahrzeugversicherungen	73
9.3	Dokumentencheckliste Kraftfahrzeuge	74



<b>10.</b>	<b>Todesfall</b>	<b>77</b>
10.1	Infoblatt für den Todesfall	78
10.2	Wünsche im Todesfall	79
10.3	Testament/Letzwillige Verfügungen	81



<b>11.</b>	<b>Formularsammlung/Anlagen</b>	<b>83</b>
11.1	Vorsorgevollmacht für persönliche Angelegenheiten	84
11.2	Patientenverfügung	88
11.3	Platz für Ihre Notizen	94
11.4	Wichtige Telefonnummern	96
11.5	Informationen für den Notfall	97



# 1. Persönliche Daten

- 1.1 Persönliche Daten
- 1.2 Familie/Nahestehende Personen/Lieblingsemenschen
- 1.3 (Haus-)Tiere
- 1.4 Berufliches
- 1.5 Digitale Angelegenheiten
- 1.6 Dokumentencheckliste für persönliche Daten

# 1. Persönliche Daten

## 1.1 Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefon:	Mobil:
E-Mail-Adresse:	
Konfession:	Kirchengemeinde:
<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> In Partnerschaft <input type="checkbox"/> Alleinstehend
Tag der Eheschließung / Lebenspartnerschaft:	Standesamt / Ort:
Urkundennummer:	Güterstand, Ehevertrag:
Bei Scheidung – Datum:	Gericht:

### Angaben zu Ehegattin/Ehegatte – Lebenspartnerin/Lebenspartner:

Name:	Vorname:
Evtl. früherer Name:	
Anschrift (falls abweichend):	
Telefon:	Mobil:
Sonstiges:	



## 1.2 Familie/Nahestehende Personen/Lieblingmenschen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse:	
Telefon:	Mobil:
<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Freund/Freundin	
<input type="checkbox"/> Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden	

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse:	
Telefon:	Mobil:
<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Freund/Freundin	
<input type="checkbox"/> Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden	

# 1. Persönliche Daten

## 1.2 Familie/Nahestehende Personen/Lieblingmenschen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse:	
Telefon:	Mobil:
<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Freund/Freundin	
<input type="checkbox"/> Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden	

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse:	
Telefon:	Mobil:
<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Freund/Freundin	
<input type="checkbox"/> Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden	



Personen, die im Notfall nicht benachrichtigt werden sollen:

---

---

---

---

Personen, die für meine Wohnung/Zweitwohnung/Büro/Lager/Garage/sonstige Räume einen Schlüssel besitzen:

Name:	Vorname:
Telefon:	

---

Schlüssel für:

---

Name:	Vorname:
Telefon:	

---

Schlüssel für:

---

► Im Anhang unter dem Punkt Notizen können Sie, falls benötigt, weitere Personen auflisten!

# 1. Persönliche Daten

## 1.3 (Haus-)Tiere

### Tier 1

Art:	Name:
------	-------

Tierarzt:

Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, ggf. Steuermarke, Chipnummer, ...):

Informationen zu Vorlieben bzw. Abneigungen des Tieres:

Informationen zu Allergien/Medikamente etc.:

Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier:

### Tier 2

Art:	Name:
------	-------

Tierarzt:

Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, ggf. Steuermarke, Chipnummer, ...):

Informationen zu Vorlieben bzw. Abneigungen des Tieres:

Informationen zu Allergien /Medikamente etc.:

Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier:



### Tier 3

Art:	Name:
Tierarzt:	
Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, ggf. Steuermarke, Chipnummer, ...):	
Informationen zu Vorlieben bzw. Abneigungen des Tieres:	
Informationen zu Allergien/Medikamente etc.:	
Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier:	

### Tier 4

Art:	Name:
Tierarzt:	
Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, ggf. Steuermarke, Chipnummer, ...):	
Informationen zu Vorlieben bzw. Abneigungen des Tieres:	
Informationen zu Allergien/Medikamente etc.:	
Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier:	

# 1. Persönliche Daten

## 1.4 Berufliches

### Für Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer:

---

Beruf, Tätigkeit:

---

Name des Arbeitgebers:

---

Personalnummer:

---

Adresse des Arbeitgebers:

---

Telefon:

---

### Für Selbstständige:

---

Name der Firma:

---

Anschrift der Firma:

---

Telefon:

---

Handelsregister, Finanzamt:

---

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung:

---

Berufsunfähigkeitsversicherung:

---

Sonstiges:

---



**Sonstiges:**

---

Steuerberaterin/Steuerberater: Name, Anschrift, Telefonnummer:

---

Rechtsanwältin/Rechtsanwalt: Name, Anschrift, Telefonnummer:

---

Notarin/Notar: Name, Anschrift, Telefonnummer:

---

Finanzamt:
------------

---

Steuernummer:
---------------

---

Persönliche Steuer-Identifikationsnummer:

---





## 1.6 Dokumentencheckliste persönliche Daten

	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	in dieser Mappe ja/nein	anderer Aufbewahrungsort
Personalausweis				
Reisepass				
Familien- stammbuch				
Heiratsurkunde				
Geburtsurkunde				
Taufschein				
Ehevertrag				
Scheidungs- urkunde				
Sterbeurkunden von Familienange- hörigen				
Aufenthalts- genehmigung				
Lebenslauf				
Arbeitsvertrag				
Zeugnisse				
Zertifikate/ Abschlüsse				
Arbeitslosen- bescheinigung				



## 2. Gesundheit und Krankheit

- 2.1 Medizinische Daten/Medikamente
- 2.2 Behandelnde Ärztinnen/Ärzte und Pflegedienst
- 2.3 Verlaufsdokumentation der Medizinischen Behandlungen
- 2.4 Krankenversicherung
- 2.5 Dokumentencheckliste Gesundheit und Krankheit

## 2. Gesundheit und Krankheit

### 2.1 Medizinische Daten/Medikamente

**Blutgruppe:**

---

**Gegenwärtige/chronische Krankheiten:**

---

---

---

Diabetes:  Ja  Nein

Insulin:  Ja  Nein Name: \_\_\_\_\_

Tabletten:  Ja  Nein Name: \_\_\_\_\_

Blutgerinnung (Marcumar):  Ja  Nein

**Anfallsleiden:**

---

---

---

**Allergien:**

---

---

---

**Unverträglichkeiten (Gluten, etc.):**

---

---

---



Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen, etc.):

---

---

---

### Operationen

Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?

Behinderungen:

---

---

---

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes:

Ausstellungsdatum:	Aktenzeichen:
Antrag gestellt am:	
Bemerkungen:	

---





## 2.2 Behandelnde Ärztinnen/Ärzte und Pflegedienst

### Meine Hausärztin/mein Hausarzt

Name:	Telefon:
Adresse:	

### Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt:

Name:	Telefon:
Adresse:	

### Andere Ärztinnen/andere Ärzte, bei der/dem ich in regelmäßiger Behandlung bin:

1.

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefon:

2.

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefon:

3.

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefon:

## 2. Gesundheit und Krankheit

4.

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefon:

5.

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefon:

6.

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefon:

### Mein ambulanter Pflegedienst

Name:	Telefon:
Adresse:	



## 2. Gesundheit und Krankheit

### 2.4 Krankenversicherung

#### Gesetzliche Krankenversicherung

Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
Adresse:	Telefon:

#### Private Krankenversicherung / Krankenhauszusatzversicherung

1.

Versicherungsgesellschaft:	Versicherungsnummer:
Adresse:	Telefon:

2.

Versicherungsgesellschaft:	Versicherungsnummer:
Adresse:	Telefon:

#### Pflegeversicherung (privat)

1.

Versicherungsgesellschaft:	Versicherungsnummer:
Adresse:	Telefon:

2.

Versicherungsgesellschaft:	Versicherungsnummer:
Adresse:	Telefon:



## 2.5 Dokumentencheckliste Gesundheit und Krankheit

	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	in dieser Mappe ja/nein	anderer Aufbewahrungsort
Kranken- versicherungskarte				
Blutgruppen- ausweis				
Diabetikerausweis				
Allergiepass				
Röntgenpass				
Ausweis: Herzschrittmacher				
Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung				
Ärztliche Gutachten/ Atteste				
Notfallausweis				
Impfpass				
Pflegevertrag				
Schwerbehinderten- ausweis				
Befunde				



## 3. Verfügungen und Vollmachten

- 3.1 Informationsblatt über Verfügungen / Vollmachten
- 3.2 Eigene Angaben über Verfügungen / Vollmachten
- 3.3 Dokumentencheckliste Verfügungen und Vollmachten

## 3. Verfügungen und Vollmachten

### 3.1 Informationsblatt über Verfügungen/ Vollmachten

Durch Unfall, Krankheit oder durch fortgeschrittene Einschränkungen im Alter kann jeder Mensch – auch Jüngere – in die Situation kommen, in der er seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst erledigen kann und auf die Hilfe Anderer angewiesen ist. Für einen solchen Fall sollten Sie rechtzeitig vorsorgen. Das erleichtert Ihren Bevollmächtigten und Helferinnen/Helfern Ihre Vorstellungen und Wünsche zu respektieren und umzusetzen.

Nachstehend finden Sie Möglichkeiten, um in gesunden Tagen im Sinne der Selbstbestimmung schriftliche Willenserklärungen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit abgeben zu können:

#### ► **Vorsorgevollmacht**

Bei der Vorsorgevollmacht handelt es sich um einen privatrechtlichen Vertrag zwischen autonomen Partnern. Der/die Vollmachtgeber/in muss geschäftsfähig sein. Der/die Vollmachtnehmer/in kann nach Vorlage der Vollmacht und Einhaltung der Eintrittsbedingungen direkt handeln.

Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden.

#### ► **Betreuungsverfügung**

In einer Betreuungsverfügung wird der Wunsch eines Menschen festgehalten, welche Person im Fall der Betreuungsbedürftigkeit die gerichtliche Betreuung übernehmen soll. Der gewünschte Betreuer ist nach Gerichtsbeschluss und in den vom Gericht festgelegten Aufgabenkreisen handlungsfähig.

In der Betreuungsverfügung können Sie Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll) angeben. Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich. Betreuungsverfügungen können im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)) registriert werden.

#### ► **Patientenverfügung**

Die Patientenverfügung ist die persönliche Willenserklärung eines volljährigen Menschen zur Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts in medizinischen Angelegenheiten. Es ist somit eine Handlungsanweisung an die Ärztin/den Arzt.

Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zu besprechen.

Eine Patientenverfügung muss man nicht notariell beglaubigen lassen. Die Patientenverfügung muss laut Gesetz lediglich eigenhändig unterschrieben werden.

#### ► **Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning, ACP) und Patientenverfügung für schwere Krankheit**

Die vorausschauende Versorgungsplanung ist ein Konzept zur Erstellung einer umfassenden und situationsabhängigen Patientenverfügung. Ausgebildete Gesprächsbegleiter unterstützen insbesondere in Pflegeeinrichtungen die Bewohner bei der Ermittlung und Formulierung der individuellen Behandlungswünsche. Das Ziel ist die Stärkung der Autonomie am Lebensende durch eine Patientenverfügung, die bei Einwilligungsunfähigkeit die Behandlungswünsche so klar wie möglich kommuniziert. Für Menschen mit fortgeschrittenen und nicht heilbaren Erkrankungen gibt es auch die Möglichkeit, eine auf die Erkrankungssituation zugeschnittene individuelle „Patientenverfügung für schwere Krankheit“ zu erstellen. Dabei wird eine ärztliche Beratung empfohlen.

Mehr Informationen zu diesen neuen Konzepten gerne über den Palliativdienst/Palliativambulanz UKW ([palliativdienst@ukw.de](mailto:palliativdienst@ukw.de)).



### Gut informiert, die richtigen Entscheidungen treffen

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz hat in den Broschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“ alle wichtigen Informationen für Sie zusammengestellt. Diese Broschüren finden Sie unter:

[www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht\\_node.html](http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html)



Weitere Informationen stellt das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz zur Verfügung:

[www.vis.bayern.de/generation60plus/patientenverfuegung\\_60plus.htm](http://www.vis.bayern.de/generation60plus/patientenverfuegung_60plus.htm)



## 3.2 Eigene Angaben über Verfügungen/ Vollmachten

**Vorsorgevollmacht:**       Ja       Nein

Inhalt in Stichpunkten:

---

---

---

---

Bevollmächtigte Person(en):

---

Erreichbarkeit – Personen, die informiert sind:

---

► Falls noch keine Vorsorgevollmacht vorhanden ist, haben Sie die Möglichkeit diese im Anhang auszufüllen.

### 3. Verfügungen und Vollmachten

**Betreuungsverfügung:**  Ja  Nein

Hinterlegt bei

---

Als Betreuerin/Betreuer gewünschte Person/en:

---

---

**Patientenverfügung:**  Ja  Nein

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben:

---

---

► Falls noch keine Patientenverfügung vorhanden ist, haben Sie die Möglichkeit diese im Anhang auszufüllen

**Organspende Ausweis:**  Ja  Nein

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben:

---

---

---

► Falls noch kein Organspende Ausweis vorhanden ist, haben Sie die Möglichkeit unter folgendem Link diesen digital auszufüllen:

[www.organspende-info.de/organspendeausweis-download-und-bestellen.html](http://www.organspende-info.de/organspendeausweis-download-und-bestellen.html)







## 4. Vorsorge

4.1 Rente, Versorgung, Lebensversicherungen

4.2 Dokumentencheckliste Vorsorge

# 4. Vorsorge

## 4.1 Rente, Versorgung, Lebensversicherungen

### Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

### Zusatzversicherung

1.

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

2.

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

### Lebensversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:



### Private Rentenversicherung

1.

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefon:
----------------------------	----------

2.

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefon:
----------------------------	----------

### Beamtenversorgung

Personalnummer/Aktenzeichen:

Pension, festsetzende Behörde:	Telefon:
--------------------------------	----------

### Sterbegeldversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefon:
----------------------------	----------

## 4. Vorsorge

### Sonstige

1.

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

2.

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:



## 4.2 Dokumentencheckliste Vorsorge

	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	in dieser Mappe ja/nein	anderer Aufbewahrungsort
Lebens- versicherungspolice				
Renten- versicherungspolice				
Sterbe- versicherungspolice				
Rentenbescheid				
Sozialversiche- rungsausweis				
Versorgungs- bescheid				
Unfall- versicherungspolice				



## 5. Pflegebedürftigkeit

- 5.1 **Checkliste für das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit**
- 5.2 **Checkliste für die Krankenhauseinweisung**
- 5.3 **Infoblatt zur Pflegezeit**
- 5.4 **Biografiebogen**

# 5. Pflegebedürftigkeit

## 5.1 Checkliste für das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit

- ▶ Stellen Sie bei Ihrer Kranken-/Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung. (Dies kann auch eine bevollmächtigte Person übernehmen.)
- ▶ Sie erhalten von der Pflegekasse eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen.
- ▶ Sie haben einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse.
- ▶ Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
- ▶ Führen Sie ein Pfl egetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen Sie Hilfe benötigen (z. B. beim Waschen, Anziehen, Essen) und wie viel Zeit diese Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch andere unabhängige Gutachterinnen/Gutachter.
- ▶ Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen / Gutachter anwesend zu sein.
- ▶ Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Ihre Angehörigen oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen möchten.
- ▶ Ist die Pflege zu Hause – ggf. auch unter Inanspruchnahme des Betreuungsangebotes einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so können Sie sich über geeignete stationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

Sollten Sie Fragen bezüglich der Pflegebedürftigkeit haben, stehen Ihnen die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort selbstverständlich immer zur Verfügung. Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter 030 3406066-02 bzw. über das Pfl egetelefon des Bundesfamilienministeriums unter 030 20179313

Weitere Informationen finden Sie unter:

[www.bmg.bund.de/themen/pflege.html](http://www.bmg.bund.de/themen/pflege.html)

[www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de)





## 5.2 Checkliste für die Krankenhauseinweisung

<b>Dokumente</b>	
Versichertenkarte	
Personalausweis oder Reisepass	
Krankenhauseinweisung	
Unterlagen über die bisherige Behandlung (z.B. Röntgenbilder, Röntgenpass, Befunde, etc.)	
Medikamentenliste	
<b>Falls vorhanden</b>	
Marcumarpass	
Allergiepass	
Diabetikerausweis	
Herzschrittmacher-, Defibrillator-, Herzklappen- oder Prothesen-Ausweis	
Mutterpass	
Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse	
Kostenübernahme (Sozialamt)	
Krankenhaustagegeldversicherung (Versicherungsnachweis)	
Patientenverfügung	
Vollmacht	
Betreuungsverfügung	
Organspende Ausweis	
<b>Kontaktdaten der Ansprechpartner</b>	
Angehörige	
Hausarzt	
behandelnder Facharzt	
Pflegedienst / Pflegeeinrichtung	
<b>Persönliche Gegenstände</b>	
Körperpflegeartikel	
Bargeld	
Notwendige Hilfsmittel (Gehstützen, Rollator, Brille, Hörgerät usw.)	
Ausreichende und angemessene Kleidung (Unterwäsche, Socken mit rutschfester Sohle, Schlafanzug, Trainingsanzug, Morgenmantel, festes Schuhwerk mit rutschfester Sohle, Kleidung für den Heimweg)	
Unterhaltungsgegenstände (Bücher, Kreuzworträtsel, Musik usw.)	

**Vermeiden Sie es, unnötige Wertgegenstände wie z.B. teuren Schmuck mitzunehmen!**

# 5. Pflegebedürftigkeit

## 5.3 Infoblatt zur Pflegezeit

### „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ Familienpflegezeitgesetz (seit 01.01.2015)

Sollten Sie auf die Hilfe Ihrer Angehörigen angewiesen sein, können diese von dem „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ Gebrauch machen.

Berufstätige Angehörige von pflegebedürftigen Menschen können im Bedarfsfall folgende berufliche Auszeiten in Anspruch nehmen:

<b>Kurzfristige Arbeitsverhinderung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ kurzfristige, vollständige Freistellung bis zu zehn Tage zur Organisation einer neuen Pflegesituation</li><li>▶ Pflegeunterstützungsgeld</li><li>▶ Kündigungsschutz im Zeitraum der kurzfristigen Arbeitsverhinderung</li><li>▶ gilt für Betriebe jeglicher Größe</li></ul>
<b>Pflegezeit Mittelfristige Pflege</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ vollständige oder teilweise Freistellung bis zu sechs Monaten für die Pflege eines nahen Angehörigen im häuslichen Umfeld</li><li>▶ Anspruch auf zinsloses Darlehen</li><li>▶ Kündigungsschutz im Zeitraum der Pflegezeit</li><li>▶ Kleinbetriebsklausel: Gilt nicht in Betrieben mit 15 od. weniger Beschäftigten</li></ul>
<b>Familienpflegezeit Langfristige Pflege</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Teilweise Freistellung (Mindestarbeitszeit 15 Std./Woche bis zu 24 Monate) für die Pflege eines nahen Angehörigen im häuslichen Umfeld</li><li>▶ Anspruch auf Rückkehr zum Arbeitszeitumfang</li><li>▶ Anspruch auf zinsloses Darlehen</li><li>▶ Kündigungsschutz im Zeitraum der Familienpflegezeit</li><li>▶ Kleinbetriebsklausel: Gilt nicht in Betrieben mit 25 oder weniger Beschäftigten</li></ul>

### Rahmenbedingungen zu allen drei Säulen des Gesetzes

#### 1 | Rechtsanspruch und Kündigungsschutz

Sobald Sie Ihrem Arbeitgeber eine Freistellung nach dem Pflege- bzw. Familienpflegezeitgesetz melden, können Sie nicht mehr gekündigt werden. Der Kündigungsschutz beginnt allerdings frühestens 12 Wochen vor dem angekündigten Termin. Er endet gleichzeitig mit dem Ende der Auszeit.



Der Rechtsanspruch auf Pflegezeit und Familienpflegezeit ist abhängig von der Größe des Unternehmens. Bei einer Unternehmensgröße von 15 oder weniger Beschäftigten besteht kein Rechtsanspruch auf Pflegezeit, bei 25 oder weniger Beschäftigten (ausschließlich der in ihrer Berufsausbildung Beschäftigten) besteht kein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit.

## 2 | Definition „nahe Angehöriger“

Als nahe Angehörige nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz gelten:

- ▶ Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- ▶ Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- ▶ Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
- ▶ Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

## 3 | Ankündigungsfristen

Die Ankündigungsfristen für Beschäftigte richten sich nach Art und Länge der Auszeit.

### Ankündigungsfristen Pflegezeitgesetz

- ▶ Bei Freistellung von bis zu 6 Monaten: 10 Arbeitstage
- ▶ Bei Freistellung für die Betreuung minderjähriger pflegebedürftiger naher Angehöriger: 10 Arbeitstage
- ▶ Bei Freistellung für die Begleitung eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase: 10 Arbeitstage
- ▶ Beim Übergang von der Familienpflegezeit in die Pflegezeit: spätestens 8 Wochen vor Beginn

### Ankündigungsfristen Familienpflegezeitgesetz

- ▶ Bei Freistellung von bis zu 24 Monaten: 8 Wochen
- ▶ Bei Freistellung für die Betreuung minderjähriger pflegebedürftiger naher Angehöriger: 8 Wochen
- ▶ Beim Übergang von der Pflegezeit in die Familienpflegezeit: spätestens 3 Monate vor Beginn

Weitere Informationen finden Sie unter:

[www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit](http://www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit)



## 5. Pflegebedürftigkeit

### 5.4 Biografiebogen

Nach einem Unfall oder einer schweren Krankheit besteht die Möglichkeit, dass man sich nicht mehr richtig mitteilen kann. Gerade dann ist es wichtig, bestimmte „Vorlieben“ zu kennen und dem Pflegepersonal diese mitzugeben. Zum Beispiel, dass ich Nachthemden bevorzuge und immer auf dem Rücken schlafe. Oder dass ich gerne herzhaft esse und Süßes nur in Maßen etc.

Für die Dokumentation dieser Gewohnheiten und Vorlieben steht ein Muster für einen Biografiebogen zur Verfügung. Dieser basiert auf dem in der Pflege genutzten ABEDL-Modell (Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens) und ermöglicht eine bedürfnisorientierte, personenbezogene Pflege.

Beispiel als Ausfüllhilfe:

ABEDL	Vorlieben	Abneigungen	Gewohnheiten/Möglichkeiten
kommunizieren	z.B. bevorzugte Ansprache mit Du		z.B. verstehe nur in Maßen Deutsch, Muttersprache: Türkisch
sich bewegen		z.B. gehe nicht gerne spazieren	
vitale Funktionen			z.B. hat am Morgen immer einen niedrigen Blutdruck
sich pflegen	z.B. dusche jeden Tag morgens	z.B. bade nicht gern	z.B. benutze nie Rasierwasser
essen und trinken	z.B. esse gerne salzig, deftig		z.B. esse jeden Tag morgens einen Apfel, brauche morgens einen schwarzen Kaffee um wach zu werden
ausscheiden können		z.B. keine Begleitperson erwünscht	z.B. Toilettengang morgens nach dem Frühstück, nach einer Zigarette
sich kleiden	z.B. trage am liebsten Röcke		z.B. trage auch im Winter Kurzarm
ruhen und schlafen	z.B. kann nur auf der rechten Seite einschlafen		z.B. schlafe immer bei gekippten Fenster, kleines, gedämpftes Licht muss anbleiben
sich beschäftigen	z.B. lese jeden Morgen die Zeitung	z.B. mag keine klassische Musik	z.B. schaue jeden Tag am Abend um 20 Uhr Nachrichten
sich als Mann/Frau fühlen	z.B. benutze immer roten Lippenstift von Dior	z.B. mag keine kurzen Haare	z.B. schminke mich jeden Morgen
Sicherheit			z.B. Angst im Dunkeln, schlafe bei Licht
soziale Bereiche	z.B. mag gerne Geselligkeit		z.B. bin Einzelgänger
existenzielle Erfahrungen		z.B. komme schlecht mit Konflikten klar	z.B. bin eher konfliktvermeidend
Umgang mit Tod			z.B. habe keine Angst vor dem Tod, aber Sorge leiden zu müssen, Schmerzen zu haben



ABEDL	Vorlieben	Abneigungen	Gewohnheiten/Möglichkeiten
kommunizieren			
sich bewegen			
vitale Funktionen			
sich pflegen			
essen und trinken			
ausscheiden können			
sich kleiden			
ruhen und schlafen			
sich beschäftigen			
sich als Mann/Frau fühlen			
Sicherheit			
soziale Bereiche			
existentielle Erfahrungen			
Umgang mit Tod			



## 6. Finanzen

- 6.1 Girokonten, Sparkonten, Wertpapiere
- 6.2 Verbindlichkeiten
- 6.3 Mitgliedschaften
- 6.4 Bestehende Verträge
- 6.5 Dokumentencheckliste Finanzen

# 6. Finanzen

## 6.1 Girokonten, Sparkonten, Wertpapiere

### Girokonten

Bank:	IBAN:
Bank:	IBAN:

### Sparkonten

Bank:	IBAN:
Bank:	IBAN:

### Bausparvertrag

angelegt bei:	IBAN:
---------------	-------

### Wertpapiere

Bank:	IBAN:
Art der Wertpapiere:	

### Sonstige Geldanlagen

Bank:	Vertragsnummer/IBAN:
Art der Geldanlage:	



## 6.2 Verbindlichkeiten

Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten, Verbindlichkeiten bei Privatpersonen/Firmen, Hinweise auf bestehende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, fällige Überweisungen und Ähnliches.

<b>Institut/Person:</b>	Betrag:
-------------------------	---------

Art der Verbindlichkeit:

<b>Institut/Person:</b>	Betrag:
-------------------------	---------

Art der Verbindlichkeit:

<b>Institut/Person:</b>	Betrag:
-------------------------	---------

Art der Verbindlichkeit:

<b>Institut/Person:</b>	Betrag:
-------------------------	---------

Art der Verbindlichkeit:

<b>Institut/Person:</b>	Betrag:
-------------------------	---------

Art der Verbindlichkeit:

<b>Institut/Person:</b>	Betrag:
-------------------------	---------

Art der Verbindlichkeit:

# 6. Finanzen

## 6.3 Mitgliedschaften

Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Parteien oder Ähnlichem.

<b>Name des Vereins:</b>	Mitgliedsnummer:
Höhe des Mitgliedsbeitrags:	Kündigungsfrist:
Bemerkungen:	

<b>Name des Vereins:</b>	Mitgliedsnummer:
Höhe des Mitgliedsbeitrags:	Kündigungsfrist:
Bemerkungen:	

<b>Name des Vereins:</b>	Mitgliedsnummer:
Höhe des Mitgliedsbeitrags:	Kündigungsfrist:
Bemerkungen:	

<b>Name des Vereins:</b>	Mitgliedsnummer:
Höhe des Mitgliedsbeitrags:	Kündigungsfrist:
Bemerkungen:	



## 6.4 Bestehende Verträge

Dazu gehören zum Beispiel Telefon, Internet, Zeitungsabonnements und Ähnliches.

<b>Vertragsart:</b>	Rechnungsersteller:
Zahlungsweise:	Höhe des Rechnungsbetrages (wenn gleichbleibend):

<b>Vertragsart:</b>	Rechnungsersteller:
Zahlungsweise:	Höhe des Rechnungsbetrages (wenn gleichbleibend):

<b>Vertragsart:</b>	Rechnungsersteller:
Zahlungsweise:	Höhe des Rechnungsbetrages (wenn gleichbleibend):

<b>Vertragsart:</b>	Rechnungsersteller:
Zahlungsweise:	Höhe des Rechnungsbetrages (wenn gleichbleibend):

<b>Vertragsart:</b>	Rechnungsersteller:
Zahlungsweise:	Höhe des Rechnungsbetrages (wenn gleichbleibend):

## 6. Finanzen

### 6.5 Dokumentencheckliste Finanzen

	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	in dieser Mappe ja/nein	anderer Aufbewahrungsort
EC-/Kontokarte				
Kreditkarte				
Unterlagen Girokonto				
Sparbücher				
Sparverträge				
Hypotheken				
Kredit- und Darlehensverträge				
Wertpapiere				
Verbindlichkeiten				
Daueraufträge				
Einzugsermächtigungen				
Mitgliedsausweise				
Steuernummer				
Unterlagen Steuererklärung				
Jahresdepot- auszüge				





## 7. Wohnen und Eigentum

- 7.1 Mietwohnung/Miethaus
- 7.2 Immobilien
- 7.3 Vermietung
- 7.4 Energieversorgung/Grundsteuer
- 7.5 Dokumentencheckliste Wohnungen und Eigentum

# 7. Wohnen und Eigentum

## 7.1 Mietwohnung/Miethaus

**Mietobjekt 1** – Adresse:

Name der Vermieterin/des Vermieters:

Adresse der Vermieterin/des Vermieters:

Telefon:

Kündigungsfrist:

**Mietobjekt 2** – Adresse:

Name der Vermieterin/des Vermieters:

Adresse der Vermieterin/des Vermieters:

Telefon:

Kündigungsfrist:



## 7.2 Immobilien

**Objekt 1** – Adresse:

Grundsteueramt:

Steuernummer:

**Objekt 2** – Adresse:

Grundsteueramt:

Steuernummer:

**Objekt 3** – Adresse:

Grundsteueramt:

Steuernummer:

# 7. Wohnen und Eigentum

## 7.3 Vermietung

**Objekt 1** – Adresse:

Mieterin/Mieter:	Telefon:
Mietvertrag vom:	Kündigungsfrist:
Kaution:	

**Objekt 2** – Adresse:

Mieterin/Mieter:	Telefon:
Mietvertrag vom:	Kündigungsfrist:
Kaution:	

**Objekt 3** – Adresse:

Mieterin/Mieter:	Telefon:
Mietvertrag vom:	Kündigungsfrist:
Kaution:	



## 7.4 Energieversorgung/Grundsteuer

### Strom

Vertragsnummer:

Versorger:

Telefon:

### Gas

Vertragsnummer:

Versorger:

Telefon:

### Wasser

Vertragsnummer:

Versorger:

Telefon:

### Grundsteuer

Kassenzeichen:

Verwaltung:

Telefon:

### Sonstige Abgaben (Hundesteuer, Abfallbeseitigung, Straßenreinigungsgebühr)

Kassenzeichen:

Verwaltung:

Telefon:







## 8. Versicherungen

8.1 Versicherungen für Haus und Wohnung

8.2 Unfallversicherung

8.3 Haftpflichtversicherung

8.4 Rechtsschutzversicherung

8.5 Weitere Versicherungen

8.6 Dokumentencheckliste Versicherungen

# 8. Versicherungen

## 8.1 Versicherungen für Haus und Wohnung

### Gebäudeversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

### Glasbruchversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

### Hausratversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

### Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:



## 8.2 Unfallversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

## 8.3 Haftpflichtversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

## 8.4 Rechtsschutzversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

# 8. Versicherungen

## 8.5 Weitere Versicherungen

1.

Art der Versicherung:

Versicherungsscheinnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefon:
----------------------------	----------

2.

Art der Versicherung:

Versicherungsscheinnummer:

Versicherungsgesellschaft:	Telefon:
----------------------------	----------





## 9. Kraftfahrzeuge

### 9.1 Fahrzeuge

### 9.2 Kraftfahrzeugversicherungen

### 9.3 Dokumentencheckliste Kraftfahrzeuge

# 9. Kraftfahrzeuge

## 9.1 Fahrzeuge

1.

Fahrzeugart:	Amtliches Kennzeichen:
Regelmäßiger Standort:	
Angaben zu Finanzierung/Leasing:	

2.

Fahrzeugart:	Amtliches Kennzeichen:
Regelmäßiger Standort:	
Angaben zu Finanzierung/Leasing:	

3.

Fahrzeugart:	Amtliches Kennzeichen:
Regelmäßiger Standort:	
Angaben zu Finanzierung/Leasing:	



## 9.2 Kraftfahrzeugversicherungen

1.

Fahrzeug:	Amtliches Kennzeichen:
Versicherung:	Versicherungsnummer:
Versicherungsanschrift:	
Teilkasko:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstbeteiligung:	
Vollkasko:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstbeteiligung:	

2.

Fahrzeug:	Amtliches Kennzeichen:
Versicherung:	Versicherungsnummer:
Versicherungsanschrift:	
Teilkasko:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstbeteiligung:	
Vollkasko:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstbeteiligung:	

### ADAC-Mitgliedschaft

Vertragsnummer:	Telefonnummer:
-----------------	----------------







## 10. Todesfall

- 10.1 Infoblatt für den Todesfall
- 10.2 Wünsche für die Bestattung
- 10.3 Testament/Letzwillige Verfügungen

# 10. Todesfall

## 10.1 Infoblatt für den Todesfall

*„Man stirbt, wie man lebte; das Sterben gehört zum Leben, nicht zum Tod.“ Ludwig Marcuse*

Der Tod eines geliebten Menschen ist für Angehörige ein harter Schlag. Er stellt sie vor große Herausforderungen, die große emotionale, seelische und körperliche Kraft fordert und gleichzeitig muss viel erledigt und organisiert werden. Um sich in einer solch emotionalen Situation nicht noch zusätzlich mit organisatorischen Thematiken beschäftigen zu müssen, ist es sinnvoll sich rechtzeitig im Voraus über bestimmte Themen zu informieren und gegebenenfalls Wünsche zu formulieren.

### **Das ist unmittelbar nach Eintreten des Todes zu tun**

- ▶ Ärztin/Arzt verständigen, um den Tod offiziell festzustellen (Totenschein wird ausgestellt)
- ▶ Benachrichtigung der engsten Angehörigen und Besprechung weiterer Schritte
- ▶ wichtige Unterlagen zusammenstellen (Personalausweis, Geburtsurkunde, Heiratsurkunde)
- ▶ Verträge und Verfügungen der Verstorbenen/des Verstorbenen suchen und entsprechend handeln (z.B. Testament, Vorsorgevertrag mit Bestattungsinstitut, Organspende, Willenserklärung zur Feuerbestattung, Wünsche des Verstorbenen für die Zeit nach dem Tod)

### **Die nächsten Schritte**

- ▶ Wohnung versorgen (Haustiere und Pflanzen)
- ▶ Kontakt zum Bestattungsinstitut aufnehmen
- ▶ Sterbefall beim Standesamt melden und Sterbeurkunde ausstellen lassen
- ▶ Erbschein beim Nachlassgericht beantragen
- ▶ Bekannte und Verwandte kontaktieren
- ▶ ggf. Arbeitgeber der verstorbenen Person verständigen
- ▶ Information an Versicherungen (z.B. Lebens- und ggf. Unfallversicherung), Rentenkasse, Krankenkasse, Behörden, Ämter usw.
- ▶ Glaubensgemeinschaft benachrichtigen, falls geistlicher Beistand erwünscht ist
- ▶ Hinterbliebenenrente beantragen

### **Bis zur Bestattung**

- ▶ Bestattungsform und den entsprechenden Ort wählen
- ▶ Termin für Bestattung mit Bestatter festlegen
- ▶ Nur bei Feuerbestattungen: Genehmigung des Krematoriums einholen
- ▶ Terminabsprache und Trauergespräch mit Vertreterin/Vertreter der Glaubensgemeinschaft oder Trauerrednerin/Trauerredner
- ▶ Todesanzeige aufsetzen und Trauerkarten versenden
- ▶ Trauerfeier organisieren

### **Nach der Bestattung**

- ▶ Danksagungskarten/-anzeige organisieren
- ▶ Abrechnen laufender Zahlungen und Kündigung laufender Verträge
- ▶ Räumung der Wohnung
- ▶ Nach Erhalt des Erbscheins: ggf. Testament eröffnen lassen



## 10.2 Wünsche im Todesfall

### Ich wünsche mir folgende Bestattung

- Erdbestattung                       Feuer-/Urnenbestattung                       anonyme Bestattung  
 Seebestattung                       Friedwald  
 andere Wünsche:

---

---

---

### Mit diesem Bestattungsunternehmen wurde bereits ein Vertrag geschlossen

Name:	Telefonnummer:
Aufbewahrungsort:	

---

### Wünsche zur Gestaltung der Bestattung

Einkleidung meines Körpers:

---

Sarg, Sargausstattung, Urne oder Sonstiges:

---

Trauerfeier, Ort:

---

Trauerrednerin / Trauerredner:

---

# 10. Todesfall

Musik zur Trauerfeier:

---

Besondere Wünsche:

---

---

---

## Liste zur Versendung von Trauerkarten

Aufbewahrungsort:

---

Anmerkungen:

---

---

---

**Traueranzeige:**       Ja       Nein

Besondere Wünsche:

---

---

---



**Blumen und Kränze:**

Ja       Nein

Geldspende statt Blumen     Spende für einen bestimmten Zweck  
Wenn ja, für welchen Zweck?

\_\_\_\_\_

**Blumen und Kränze:**

Wünsche bezüglich Beisetzung/Grabnutzung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 10.3 Testament/Letzwillige Verfügungen

Bitte tragen Sie hier ein, welche Unterlagen es gibt und wo sie zu finden sind:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 11. Formularsammlung / Anlagen

- 11.1 Vorsorgevollmacht für persönliche Angelegenheiten
- 11.2 Patientenverfügung
- 11.3 Platz für Ihre Notizen
- 11.4 Wichtige Telefonnummern  
(zum herausnehmen)
- 11.5 Informationen für den Notfall  
(zur Aufbewahrung im Portemonnaie)

# 11. Formularsammlung / Anlagen

## 11.1 Vorsorgevollmacht für persönliche Angelegenheiten

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

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

erteile hiermit Vollmacht an:

1. \_\_\_\_\_ (bevollmächtigte Person)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon, Mobiltelefon, Telefax, E-Mail)

und bei dessen Verhinderung an:

2. \_\_\_\_\_ (bevollmächtigte Person)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon, Mobiltelefon, Telefax, E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten umfassend zu vertreten, die ich im Folgenden mit „Ja“ angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Die Vollmacht ist jederzeit widerruflich. Sie dient der Vermeidung der Anordnung einer Betreuung und soll bei Eintritt einer Geschäftsunfähigkeit des/r Vollmachtgebers/in und auch im Falle, dass trotzdem ein/e Betreuer/in bestellt werden muss, nicht erlöschen.

Die Vollmacht bleibt über den Tod hinaus wirksam. Die bevollmächtigte Person ist von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit.

Diese Vollmacht gilt nur, wenn die bevollmächtigte Person diese Vollmacht im Original vorlegen kann. Für Entscheidungen, die nicht aufgrund meiner Vollmacht getroffen werden können, verfüge ich, dass die von mir bevollmächtigte Person zum/r Betreuer/in bestellt werden soll.



## 1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- ▶ Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Die bevollmächtigte Person ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen umzusetzen.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch dann, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund dieser Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§1904 Abs. 1 BGB).  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch dann, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund dieser Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB).  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, auch zu Unterbringungsmaßnahmen im Sinne des § 1906 BGB, insbesondere zu einer Unterbringung meiner Person, die mit einer Freiheitsentziehung verbunden ist, zu sonstiger Unterbringung in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung oder zur Vornahme sonstiger freiheitsentziehender Maßnahmen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf in eine Behandlung gegen meinen natürlichen Willen einwilligen (ärztliche Zwangsmaßnahme), wenn ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, zuvor versucht wurde, mich von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen, die ärztliche Zwangsmaßnahme § 1906a BGB zu meinem Wohl erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden, der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere mir zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf meine Rechte gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen wahrnehmen und alle nötigen Auskünfte verlangen, sowie Einsicht in meine Krankenunterlagen nehmen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Pflegepersonal gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.  
 Ja     Nein

# 11. Formularsammlung/Anlagen

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- ▶ Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf meinen Haushalt auflösen.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich Kündigung wahrnehmen.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG oder: ehemals Heimvertrag) abschließen und kündigen.  
 Ja     Nein
  
- ▶ \_\_\_\_\_  
 Ja     Nein

## 3. Hinweis: Vermögenssorge ggfs. in einer Vollmacht für Vermögenssorge regeln

**Wichtig: Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken. Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht nötig.**

## 4. Post und Telekommunikation

- ▶ Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für die E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.  
 Ja     Nein



## 5. Digitale Medien

- ▶ Sie darf unabhängig von Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.  
 Ja     Nein

## 6. Behörden

- ▶ Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.  
 Ja     Nein

## 7. Betreuungsverfügung

- ▶ Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer/in zu bestellen.  
 Ja     Nein

Weitere Regelungen:

---

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers)

Hiermit bestätige ich, dass der/die Verfasser/in dieser Vollmacht diese heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an seiner/ihrer freien selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/ggf. Stempel)

Anmerkungen:

Patientenverfügung liegt vor     Ja     Nein

# 11. Formularsammlung/Anlagen

## 11.2 Patientenverfügung

(nach dem Muster des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz, 18. Auflage 2018)

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

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

### 1. Situation, für die diese Verfügung gilt: (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. eingefügt)

- ▶ Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.  
 Ja     Nein
  
- ▶ Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen und Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.  
 Ja     Nein
  
- ▶ 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.  
 Ja     Nein
  
- ▶ \_\_\_\_\_  
 Ja     Nein

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



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

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

**3. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:**

- ▶ Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- ▶ Wiederbelebungsmaßnahmen.

**4. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:**

- ▶ Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung).

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- ▶ Ich wünsche eine Begleitung durch:

---

---

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- ▶ Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.  
 Ja     Nein

# 11. Formularsammlung/Anlagen

- ▶ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Personen besprochen.

Ja     Nein

---

Name Vorsorgebevollmächtigte(r):

---

Anschrift(en) und Erreichbarkeit(en):

---

- ▶ Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ja     Nein

---

Name Bevollmächtigte(r):

---

Anschrift und Erreichbarkeit:

---

- ▶ Ich habe einen Organspende Ausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Ja     Nein

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

**ODER**

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.  
(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)



Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.

Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch eine kurze Erklärung mit Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Bestätigung bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

Ort:	Datum:	Unterschrift:
Ort:	Datum:	Unterschrift:
Ort:	Datum:	Unterschrift:

Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber keine Voraussetzung für die Rechtsverbindlichkeit dieser Verfügung.

Arzt/Ärztin meines Vertrauens ist:

---

Name:

---

Adresse:	
Telefon:	E-Mail:

---

# 11. Formularsammlung/Anlagen

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

---

Name:

---

Telefon:

---

Ort, Datum:

---

Unterschrift der/des Beratenden ggfs. Stempel:

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







# 11. Formularsammlung/Anlagen

## 11.4 Wichtige Telefonnummern – am besten neben das Telefon legen!

**Polizei** 110

---

**Rettungsdienst/Feuerwehr** 112  
Geben Sie dabei immer an: Wer ruft an? | Wo ist etwas passiert? | Was ist passiert?

---

**Ärztlicher Notdienst** 116 117

---

**EC-Kartensperrung** 116 116

---

**Giftnotruf** (regionale Vorwahl) ..... -19240  
Geben Sie darüber Auskunft: Alter, Größe, Gewicht | Was wurde eingenommen? | Welche Mengen? | Wann?

---

### Hausärztin/Hausarzt

Name:	Telefon:
-------	----------

---

### Weitere Ärztinnen und Ärzte

Name:	Telefon:
-------	----------

---

Name:	Telefon:
-------	----------

---

### Kontaktperson, die im Notfall zuerst informiert wird

Name:	Telefon:
-------	----------

Adresse:

---

### Pflegedienst

Name:	Telefon:
-------	----------

---



## 11.5 Informationen für den Notfall

Einfach ausfüllen, ausschneiden, falten und im Portemonnaie bei sich tragen.



**Polizei** 110  
**Rettungsdienst** 112

### Meine Vorsorgebevollmächtigte Person

Name:

Telefon:

**Ärztlicher Notdienst** 116 117

### Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

### Hausärztin/Hausarzt

Name:

Telefon:

## **Impressum**

© 2021 Universitätsklinikum Würzburg

1. Auflage, Juni 2021

Herausgeber:  
Universitätsklinikum Würzburg | Anstalt des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich 2 | Referat 2.2.3 HR-Entwicklung  
Josef-Schneider-Str. 2 | Haus D13 | 97080 Würzburg

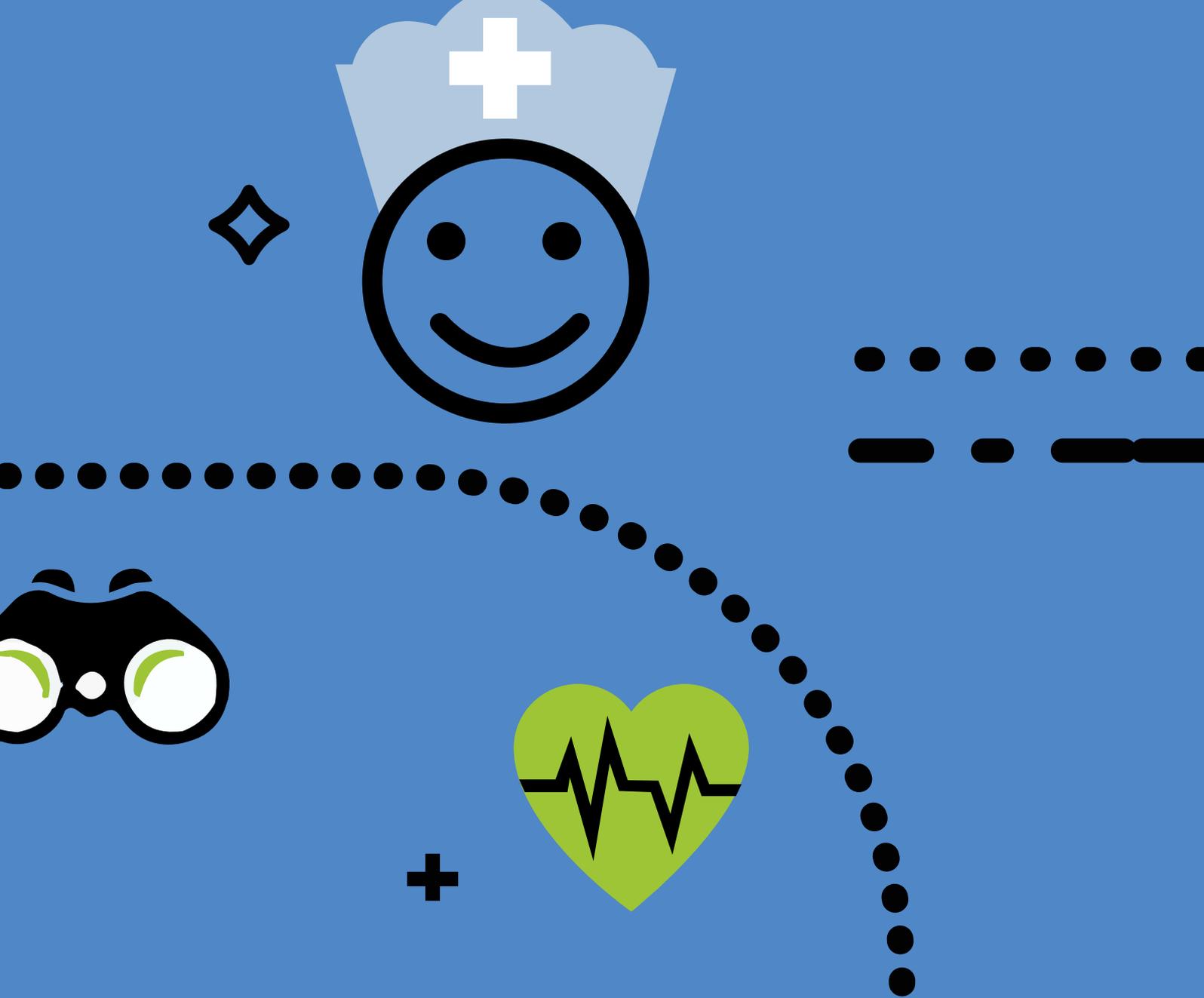
Redaktion: Michelle Hawks, HR-Entwicklung

Gestaltung: SMI-Designservice am UKW

Fotos: RoseStudio und dlyastokiv - stock.adobe.com sowie SMI

[www.ukw.de](http://www.ukw.de)





**Universitätsklinikum Würzburg**

Geschäftsbereich 2

Referat 2.2.3 HR-Entwicklung

Josef-Schneider-Str. 2, Haus D13

97080 Würzburg

[www.ukw.de](http://www.ukw.de)