



NOTFALL MAPPE

für Bürgerinnen
und Bürger im Hofer Land

Gemeinsam für eine gesunde Zukunft.



Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

in einer Notfallsituation zählt jede Sekunde. Schneller Zugriff auf wichtige persönliche und medizinische Informationen kann in solchen Momenten entscheidend sein.

Die Gesundheitsregion^{plus} Hofer Land hat daher diese Notfallmappe entwickelt. Sie bietet eine strukturierte Möglichkeit, alle relevanten Daten – von persönlichen Notfallkontakten über Gesundheitsinformationen bis hin zu Vorsorgedokumenten – an einem zentralen Ort zu bündeln. So können Angehörige, medizinisches Fachpersonal und Rettungskräfte im Ernstfall schnell und gezielt handeln.

Die Notfallmappe gliedert sich in mehrere Teile und enthält unter anderem wichtige Adressen und Telefonnummern von Angehörigen und Ärzten, bis hin zu Gesundheits- und Vorsorgedaten.

Die Notfallmappe wurde in enger Zusammenarbeit mit der Integrierten Leitstelle HochFranken, dem Kreisbrandrat des Landkreises Hof, dem Technischen Hilfswerk, den Kliniken Hochfranken sowie der Leitstelle Pflege Hofer Land erstellt. Unser herzlicher Dank gilt allen Beteiligten für ihr Engagement und ihre wertvolle Unterstützung.

Nehmen Sie sich bitte die Zeit, die Notfallmappe sorgfältig auszufüllen, und informieren Sie auch Ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen darüber. **Im Ernstfall kann dies den entscheidenden Unterschied machen.**

Dr. Oliver Bär
Landrat des Landkreises Hof

Eva Döhla
Oberbürgermeisterin der Stadt Hof



Notfallmappe von

Name und Vorname

ausgefüllt am

von

Bitte bei jeder Aktualisierung eine andere Farbe benutzen!

(1) Erste Aktualisierung in (Farbe): _____ am: _____ von: _____
Änderungen nötig? ja, weiter zu (2)

(2) Zweite Aktualisierung in (Farbe): _____ am: _____ von: _____
Änderungen nötig? ja, weiter zu (3)

(3) Dritte Aktualisierung in (Farbe): _____ am: _____ von: _____
Änderungen nötig? ja, bitte neue Mappe anlegen!



Blitzinformation zum Entnehmen für den Notarzt

Wichtige Informationen zum Umgang mit der Notfallmappe

Die hier gesammelten Informationen sollen Ihren Helfern und Angehörigen im Ernstfall einen schnellen Überblick liefern. Damit Sie richtig versorgt werden können, sofern Sie selbst in dieser Situation nicht mehr antworten können, ist die Aktualität der enthaltenen Daten unerlässlich. Daher haben Sie die Möglichkeit, Ihre Änderungen – sofern nötig – gleich auf der ersten Seite nach dem Deckblatt einzutragen. Wenn sich nichts ändert, so ist auch nichts zu tun.

Beachten Sie bitte, dass Sie bei etwaigen Änderungen unterschiedliche Farben benutzen. Nur so ist klar erkennbar, welche Änderung zu welchem Datum gehört.

Die Mappe besteht im Wesentlichen aus vier Teilen. Der erste Teil beinhaltet alle wichtigen Adressen. Die medizinischen Daten sind in der „Gesundheitsakte“ (zweiter Teil) aufgeführt. Während Sie im dritten Teil die Möglichkeit haben, auf Wunsch Informationen zu Spar- und Girokonten aufzuführen, sind im letzten Teil lediglich Checklisten für einen Krankenhausaufenthalt oder den Sterbefall zu finden.

Falls Sie beim Ausfüllen Unterstützung benötigen, können Sie sich gerne an die Seniorenbefragten Ihrer Gemeinde oder den Seniorenrat der Stadt Hof wenden.



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Krankenversicherung

Aufbewahrungsort der Versichertenkarte

Alleinlebend?

ja nein, ich lebe mit folgender Person zusammen:

Name und Mobilnummer des Lebenspartners

Ärztliche Diagnosen:

(Bitte durch den Hausarzt ausfüllen lassen)

Name und Telefonnummer des Hausarztes

Gesundheit/Krankheit

- Allergien
- Diabetes
- Dialyse
- gerinnungshemmende Mittel
- Herzschrittmacher
- HIV/AIDS
- Hepatitis C
- Muskel-Skelett-Erkrankungen

Formulare/Ausweise

- Allergiepass
- Betreuungsverfügung
- Impfausweis
- Organspendeausweis
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Elektronische Patientenakte (ePA)

Verfügungen

Patientenverfügung vorhanden?

ja nein
Hinterlegt bei _____

Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung vorhanden?

ja nein
Hinterlegt bei _____

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

Auf Anfrage erhalten Sie von Ihrem Arzt einen aktuellen Medikamentenplan. Diesen können Sie der Notfallmappe beilegen.
Im Notfall können Sie diesen zusammen mit der Blitzinformation dem Rettungsdienst und dem Krankenhaus aushändigen.

Datum

Unterschrift

NOTIZEN

Adressen

In diesem Teil der Notfallmappe sind sämtliche wichtigen Adressen und Telefonnummern aufgeführt. Dieser dient sowohl Ihnen und Ihren Angehörigen als auch möglichen eintreffenden Helfern zum Nachschlagen.

Folgende Informationen sind enthalten:

1. PERSÖNLICHE ANGABEN	Seite 7
2. INFORMATION AN	Seite 8
2. MEIN ARBEITGEBER	Seite 8
4. MEIN HAUSARZT	Seite 9
5. MEINE FACHÄRZTE	Seite 9
6. MEINE APOTHEKE	Seite 10
7. AMBULANTER PFLEGEDIENST	Seite 10
8. HAUSNOTRUF	Seite 10
9. NOTFALLRUFNUMMERN	Seite 11
10. KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG	Seite 12

1. Persönliche Angaben

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

Geburtsdatum

Geburtsort

Konfession

Familienstand

Name des Lebenspartners

Mobilnummer des Lebenspartners

2. Information an ...

Im Notfall bitte folgende Person(en) umgehend benachrichtigen:

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

Bezug (z. B. Kind, Freund, Nachbar, ...)

Im Notfall bitte folgende Person(en) NICHT benachrichtigen:

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

Bezug (z. B. Kind, Freund, Nachbar, ...)

3. Mein Arbeitgeber

Institution

Telefonnummer

4. Mein Hausarzt

Name

Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

5. Meine Fachärzte

Fachrichtung 1. Arzt

Name

Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung 2. Arzt

Name

Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

6. Meine Apotheke

Name der Apotheke (gegebenenfalls Ansprechpartner)

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

7. Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Pflegestufe

8. Hausnotruf

Name des Anbieters

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

9. Notfallrufnummern

Rettungsdienst und Notarzt	112
Feuerwehr	112
Polizei	110
Giftnotruf	089 19 240
Ärztlicher Notdienst	116 117
Apotheken Vermittlung	116 117
Psychosozialer Krisendienst Oberfranken	0800 / 655 3000
Verlorene EC-Karte	116 116



Notfall- und Suchdienste:

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention bietet auf seiner Internetseite eine umfassende Übersicht wichtiger Notruf- sowie Suchdienste. Über den folgenden QR-Code gelangen Sie direkt zu den entsprechenden Informationen (www.stmpg.bayern.de/service/notfall-suchdienste).

Rettungskette Forst:

Wälder erschweren aufgrund ihrer Unübersichtlichkeit eine schnelle Rettung. Deshalb entwickelte die Bayerische Forstverwaltung gemeinsam mit den Bayerischen Staatsforsten ein flächendeckendes System von Rettungstreppunkten. Suchen Sie den nächstgelegenen Rettungstreppunkt und notieren Sie dessen Bezeichnung (z.B. HO-L-1023). Dieser Punkt ist den Rettungskräften bekannt und oft mit einem Schild markiert. Mehr Informationen unter: www.rettungskette-forst.bayern.de



Dreiwortadressen „what3words“

what3words ist eine kostenfreie App, die von Rettungsdiensten weltweit verwendet wird, um Anrufende in Not präzise zu lokalisieren. Nutzer können die drei in der App angezeigten Wörter zur Standortbestimmung den Rettungsdienste mitteilen, auch wenn keine genaue Straßenadresse vorhanden ist. Die App funktioniert offline über GPS und ist hilfreich in abgelegenen Gebieten.

Die „Rettungskarte“ – Fachinformation für Rettungskräfte

Sie enthält allerettungstechnisch relevanten Informationen zum Fahrzeug und sollte hinter der Fahrer- sonnenblende mitgeführt werden. Die Rettungskarte erhalten Sie entsprechend Ihres Fahrzeugtyp kostenfrei über die Homepage des ADAC: www.adac.de.

10. Kranken- und Pflegeversicherung

Gesetzlich Privat

Name der Krankenkasse (gegebenenfalls mit Sitz)

Versichertennummer

Telefonnummer der Krankenkasse

Die Versichertenkarte befindet sich wo?

Besitzen Sie eine elektronische Patientenakte (ePA)? Ja Nein

Krankenzusatzversicherung, falls vorhanden:

Name der Zusatzversicherung

Versichertennummer

Telefonnummer der Zusatzversicherung

Pflegezusatzversicherung, falls vorhanden:

Name der Zusatzversicherung

Versichertennummer

Telefonnummer der Zusatzversicherung

Eigene Ergänzungen

NOTIZEN

Gesundheitsakte

Hier sind alle gesundheits- und krankheitsrelevanten Daten aufgeführt. Diese Informationen dienen in der Regel eintreffenden Helfern. Bitte achten Sie darauf, dass sich gesundheitsbezogene Daten möglicherweise ändern. Überprüfen Sie daher regelmäßig die Aktualität.

1. MEDIZINISCHE DATEN

Seite 14 – 17

2. VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN

Seite 18 – 31

1. Medizinische Daten

Blutgruppe:

Allergien gegen:

Allergiepass vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, wo ist der Allergiepass zu finden?

Falls kein Allergiepass existiert, welche Allergien sind bekannt?

Impfpass vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, wo ist der Impfpass zu finden?

Anfallsleiden

Ja Nein

Unter welcher Art von Anfällen leiden Sie?

Diabetes

Sind Sie Diabetiker? Ja Nein

Medikation: insulinpflichtig Tabletten

Diabetespass vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, wo ist der Diabetespass zu finden?

Blutverdünnung

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein? (z. B. Marcumar®)

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ausweis über „Antikoagulanzenbehandlung“ (roter Pass) ist wo zu finden?

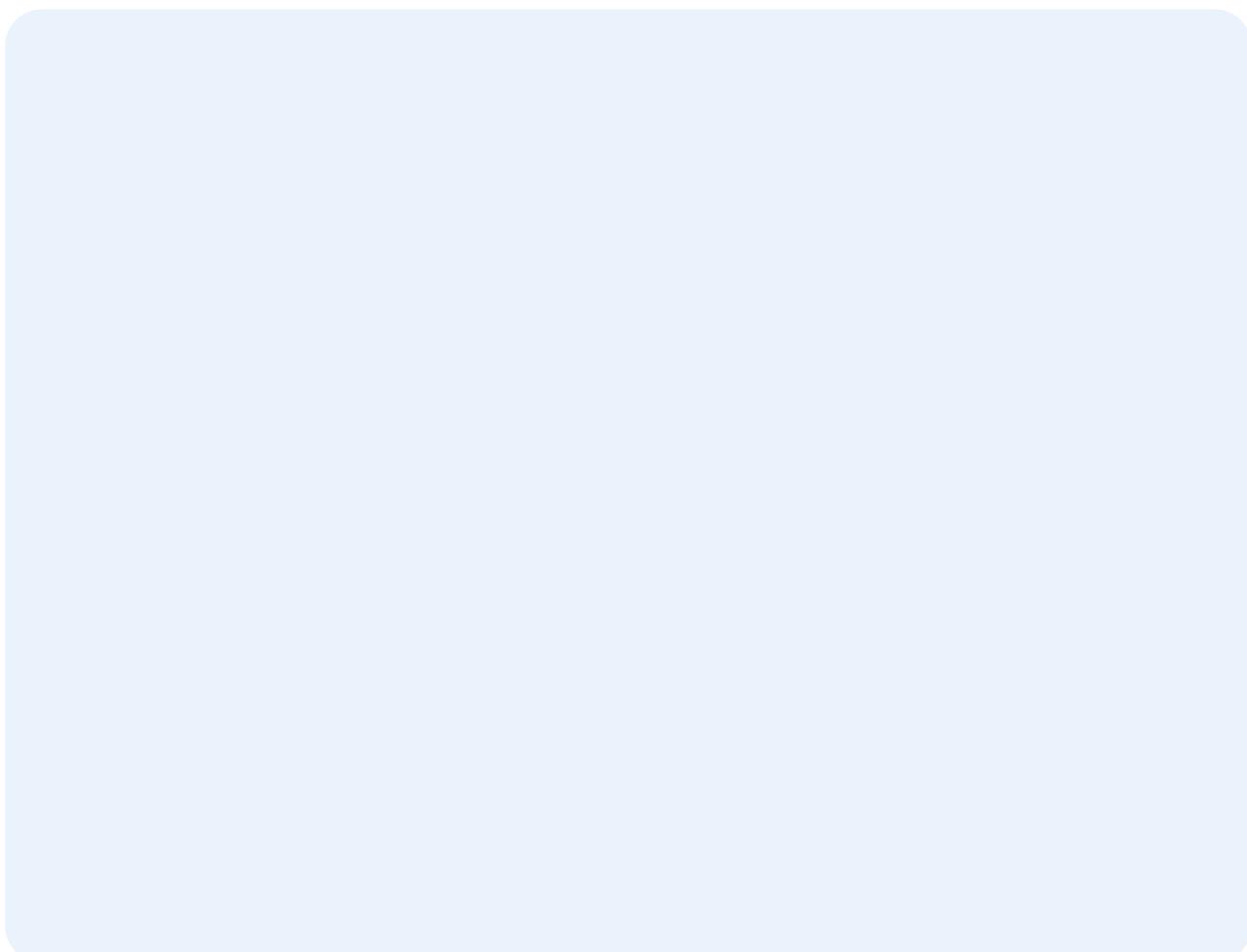
Weitere Dauermedikamente

Wenn Sie regelmäßig weitere Medikamente einnehmen, können diese in der folgenden Tabelle eingetragen werden oder sie heften Ihren Medikamentenplan hier direkt ein.

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends

Eigene Ergänzungen

(z.B. chronische Krankheiten)



Implantate

Tragen Sie Implantate?

Ja Nein

Wenn ja, welche Art von Implantat? (z. B. Herzschrittmacher, Hüftgelenk, Auge, ...)

Hilfsmittel

Benötigen Sie Hilfsmittel?

Ja Nein

(z. B. Hörgerät, Rollstuhl, Gehstock, Rollator, Brille/Kontaktlinsen, Inkontinenzeinlagen ...)

Wenn ja, welche Hilfsmittel sind für Sie unerlässlich?

Organspendeausweis

Haben Sie einen Organspendeausweis?

Ja Nein

Wenn ja, wo ist dieser zu finden?

Behinderung

Schwerbehindertenausweis vorhanden?

Ja Nein

Art der Behinderung

Eigene Ergänzungen

2. VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN

Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

Mit einer Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung können Sie Vorkehrungen für den Fall treffen, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre Angelegenheiten selbst zu regeln. Sie bestimmen eine Person Ihres Vertrauens, die Sie im Bedarfsfall vertreten soll. Informationen zur Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung erhalten Sie auch beim:

Landratsamt Hof - Betreuungsstelle

Telefon: 09281/57-250, - 494, -560, -464, E-Mail: betreuungsstelle@landkreis-hof.de

Betreuungsverein Diakonisches Hilfswerk e.V

Telefon: 09281/837-237, E-Mail: betreuungsverein@diakonie-hochfranken.de

Betreuungsverein betreu.net e.V.

Telefon: 09281/796-0-550, E-Mail: buero@betreu.net

Stadt Hof - Betreuungsstelle

Telefon: 09281/815-1295, -1298, -1209, E-Mail: betreuungsstelle@stadt-hof.de

Betreuungsverein Caritasverband Stadt und Landkreis Hof

Telefon: 09281/14017-47, E-Mail: betreuungsverein@caritas-hof.de

Existiert eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung?

Nein Ja, diese ist hinterlegt bei:

Name

Telefonnummer

Straße, Postleitzahl, Ort

Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung können Sie medizinische Behandlungswünsche festlegen für den Fall, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre Wünsche selbst zu äußern. Informationen erhalten Sie ebenfalls bei den Betreuungsstellen im Landratsamt Hof und der Stadt Hof sowie in den aufgeführten Betreuungsvereinen auf der linken Seite.

Existiert eine Patientenverfügung?

- Ja Nein

Diese wird verwahrt bei:

Name

Telefonnummer

Straße, Postleitzahl, Ort

Wer besitzt einen **Zweitschlüssel** (z. B. für Wohnung/Briefkasten)

Name

Telefonnummer

Straße, Postleitzahl, Ort

Nachfolgend finden Sie Vorlagen und Beispiele für eine Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung sowie Patientenverfügung. Diese Muster stammen vom Bundesministerium der Justiz (BMJ) und können auf der offiziellen Internetseite des Ministeriums unter www.bmj.de eingesehen und heruntergeladen werden. Die Vorlagen dienen als Beispiele und dürfen gerne verwendet oder individuell angepasst werden. Bei Fragen oder Unsicherheiten können Sie sich an die in dieser Notfallmappe genannten Beratungsstellen wenden.

Es ist zu beachten, dass eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht insbesondere dann sinnvoll ist, wenn rechtlich bedeutsame Geschäfte wie etwa ein Verkauf einer Immobilie oder ein Unternehmensverkauf betroffen sind. Darüber hinaus sind beglaubigte Unterschriften in jedem Fall empfehlenswert, da sie die Rechtssicherheit erhöhen und von vielen Stellen anerkannt werden. Achten Sie außerdem darauf, dass Ihre Unterlagen stets aktuell bleiben und regelmäßig überprüft beziehungsweise bei veränderten Lebensumständen angepasst werden. So stellen Sie sicher, dass Ihre persönlichen Wünsche und Entscheidungen im Ernstfall rechtssicher umgesetzt werden können.

Betreuungsverfügung

Ich

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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 meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtige Angaben zur Gesundheit

Patientenverfügung

Ich

Name

Vorname

geboren am

wohnhaft in

HINWEIS

Die Inhalte zur Patientenverfügung sind als Textbausteine und Formulierungshilfen zu verstehen und dienen der Erstellung einer individuellen Patientenverfügung, da diese stets persönliche Werte und medizinische Wünsche widerspiegelt. Bei Fragen oder Beratungsbedarf können die in dieser Notfallmappe genannten Beratungsstellen kontaktiert werden.

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ...

1. Exemplarische 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.⁵
- 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.⁶
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

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

2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.1 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.⁷

2.2. Schmerz- und Symptombehandlung⁸

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.

2.3. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr⁹

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 Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.
oder

2.4. Wiederbelebung¹¹

A. 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 Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

⁵ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontakt- aufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

⁶ Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patientinnen und Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennen die Kranken selbst nahe Angehörige nicht mehr und sind schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

B. 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.

2.5. 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.
- 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.

2.6. 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.

2.7. Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung.
oder
- keine Antibiotika.

2.8. 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 Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung.
oder
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

7 Die Äußerung „„keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungseinscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

8 Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

9 Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranken Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter https://www.uni-med-izin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfadem_n_2008.pdf).

3. 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.

4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

5. 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 der Auffassung der folgenden Person besondere Bedeutung zukommen:

10 Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

Alternativen

- 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:

Alternativen

- meiner/meinem Bevollmächtigten
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
- anderer Person:...

6. 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

11 Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

7. 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:

8. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu¹² (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

Alternativen¹³

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.

9. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.¹⁴

10. Schlussbemerkungen

- 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.

11. Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert

bei/durch

und beraten lassen durch

12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes¹⁵ _____

13. 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:
Alternativen

in vollem Umfang _____

mit folgenden Änderungen: _____

Datum _____

Unterschrift _____

12 Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wissenswertes über die Organspende“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 50819 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: bestellung@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefons beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

13 Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf. Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass die Erstellerin oder der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind. Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

Vollmacht

Ich (Vollmachtgeber/in)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an (bevollmächtigte Person)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtseteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

1. 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 (§ 1829 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 erforderlich ist, darf sie

über meine freiheitsentziehende Unterbringung(§ 1831 Absatz 1 BGB) Ja Nein

über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung(§ 1831Absatz 4 BGB) Ja Nein

über ärztliche Zwangsmaßnahmen(§1832 Absatz 1 BGB) Ja Nein

über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt(§ 1832 Absatz 4 BGB) entscheiden. Ja Nein

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.

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

3. Behörden

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

Ja Nein

über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
(bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1) Ja Nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Ja Nein
- Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1) 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 2) Ja Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). Ja Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

Hinweis:

- Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
- 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 Vollmachterteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/ Sparkasse sicher eine Lösung finden.

5. 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

6. Vertretung vor Gericht

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

7. Untervollmacht

Ja Nein

Sie darf Untervollmacht erteilen.

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. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

10. Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Wichtige Angaben

Finanzielles / Verträge

Die Daten in diesem Teil der Mappe sind sicherlich nicht überlebenswichtig. Mit dem Ausfüllen der Informationen können Sie aber möglicherweise Ihren Angehörigen helfen, Unterlagen zu finden bzw. Informationen weiter zu geben.

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. RENTEN | Seite 32 – 33 |
| 2. KONTEN | Seite 32 – 35 |
| 3. VERBINDLICHKEITEN | Seite 36 |
| 4. BESTEHENDE VERTRÄGE | Seite 37 |

1. Renten

Altersrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Witwen-/Witwerrente:

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Betriebs- oder Zusatzrente:

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Private Rentenversicherung und Riester-Rente:

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Beamtenversorgung:

Pensionsfestsetzende Behörde:

Personalnummer:

Versicherungsnummer

Steueridentifikationsnummer:

IdNr:

Eigene Ergänzungen

2. Konten

1. Girokonto:

IBAN:

BIC:

Bank:

Bevollmächtigte Person:

2. Girokonto:

IBAN:

BIC:

Bank:

Bevollmächtigte Person:

Sparbuch:

Kontonummer

Bankleitzahl:

Bank:

Bevollmächtigte Person:

Bankschließfach:

Bei Bank:

Nummer:

Bank:

Bevollmächtigte Person:

Onlinekonten

(z. B. E-Mail-Konten – Benutzername und Passwörter)

Eigene Ergänzungen

3. Verbindlichkeiten

Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten/Privatpersonen

Bestehende Daueraufträge/Einzugsermächtigungen

Versicherungen

(Lebens-/Unfall-/Hausrat-/Haftpflicht-/KfZ Versicherung)

4. Bestehende Verträge

Mietvertrag/-verträge

Nebenkosten (Gas/Strom/Telefon/Internet/Zeitung/Zeitschriften)

Fahrzeug/e

(Fahrzeugart/Kennzeichen/Hersteller/Fahrzeugbrief

Checklisten

Je nach Anlass können die folgenden Checklisten Ihnen selbst, oder Ihren Angehörigen dienen. Bitte beachten Sie, dass möglicherweise hier individuelle Ergänzungen notwendig sind, da die Checklisten keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

1. KRANKENHAUSAUFENTHALT

Seite 38

2. TODESFALL

Seite 39 – 41

1. Krankenhausaufenthalt

Welche Vorbereitungen sind zu treffen?

Bei Krankentransport oder Rettungswagen:

- Der Leitstelle die genaue Wegbeschreibung, Zugangsmöglichkeiten sowie den Namen an der Klingel mitteilen
- Gegebenenfalls Außenlicht einschalten
- Falls Person liegt, Zugang freimachen (Hindernisse wegräumen)

Was muss mitgenommen werden?

- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Krankenversichertenkarte, evtl. Zusatzversicherungskarte
- Personalausweis
- Kontaktdaten der Angehörigen
- Hygieneartikel
- Nacht- und Tageswäsche, Morgenmantel, (geschlossene) Hausschuhe
- Hilfsmittel: Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Aktueller Medikamentenplan sowie verfügbare Medikamente
- Geld (nur geringer Betrag)
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)

Wer muss informiert werden?

- Angehörige und/oder Nachbarn informieren (Post, Haustiere, Pflanzen gießen)
- Gegebenenfalls der Arbeitgeber (umgehend)
- Falls vorhanden: Pflegedienst und/oder Tagespflege benachrichtigen.
- Bei bestehendem Abonnement gegebenenfalls die Zusteller der Tageszeitung

Eigene Ergänzungen

2. Todesfall

Welche Maßnahmen sind zu treffen?

Nach jedem Todesfall muss beim Standesamt die Sterbeurkunde beantragt werden.

Dazu sind notwendig:

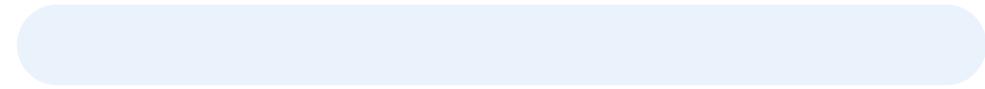
- › der Totenschein (von Arzt auszustellen)
- › der Personalausweis/Reisepass der/des Verstorbenen

Aufbewahrungsort: 

- › die Geburtsurkunde der/des Verstorbenen

Aufbewahrungsort: 

- › gegebenenfalls Heiratsurkunde (Familienstammbuch)
bzw. bei geschiedenen Personen das Scheidungsurteil

Aufbewahrungsort: 

- › Falls vorhanden: Pflegedienst und/oder Tagespflege benachrichtigen.
- › Bei bestehendem Abonnement gegebenenfalls die Zusteller der Tageszeitung

Weitere Maßnahmen

- › Angehörige benachrichtigen
- › Auswahl des Bestattungsinstitutes
- › Erd- oder Feuerbestattung (Gibt es eine Verfügung oder einen Eintrag im Testament?)
- › Kontakt zum Pfarramt herstellen
- › Sterbegeldversicherung informieren
- › Nach Beurkundung des Sterbefalls den Tag der Beisetzung sowie die Lage des Grabes mit der Friedhofsverwaltung festlegen
- › Todesanzeige und gegebenenfalls Danksagungen aufgeben
- › Schriftliche Mitteilung über den Sterbefall an die private Lebens- und/ oder Sterbeversicherung
- › Gegebenenfalls Information an den Arbeitgeber
- › Mitteilung an die Banken, bei denen die verstorbene Person Konten hatte
- › Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Strom, Telefon/Handy, Rundfunk- und Fernsehgebühren, Internet, Gas)
- › Mündliche und schriftliche Mitteilung an die Vereine, bei denen die verstorbene Person Mitglied war
- › Abmeldung bei der Rentenanstalt
- › Gegebenenfalls Abmeldung des Kraftfahrzeuges
- › Beantragung von Witwen-/Witwer-Rente

Bestattungswünsche

Ich wünsche mir folgende Bestattung (Erd-, Feuer/Urnensbestattung, anonyme Bestattung, etc.) Evtl. Sterbeversicherung bzw. Feuerbestattungsverein!

Bestattungswünsche

Mit folgendem Bestattungsunternehmen wurde ein Vertrag geschlossen:

Einkleidung meines toten Körpers

Sarg, Ausstattung meines Sarges/meiner Urne

Traueranzeige (wo, Inhalt, evtl. keine?)

Trauerfeier (kirchlich, nicht kirchlich, Pfarrer/Trauerredner, Inhalt – ggf. Hinweis auf Unterlagen und deren Verwahrung)

Blumen und Kränze (Geldspende statt Blumen, evtl. für einen bestimmten Zweck?)

Grab (Beisetzungswünsche auf Friedhof, Grabpflege/-vertrag)

Eigene Ergänzungen

DIE KLINIKEN DER GRUND- UND REGELVERSORGUNG

Kliniken Hochfranken –

Klinik Münchberg

Hofer Straße 40

95213 Münchberg

09251 872-0

info@kliniken-hochfranken.de

www.kliniken-hochfranken.de

Kliniken Hochfranken –

Klinik Naila

Hofer Straße 45

95119 Naila

09282 60-0

info@kliniken-hochfranken.de

www.kliniken-hochfranken.de

Sana Klinikum

Hof GmbH

Eppenreuther Straße 9

95032 Hof

09281 98-0

skh-info@sana.de

www.sana-klinikum-hof.de

Weitere Informationen zu Hilfsangeboten bei psychischen Problemen erhalten Sie unter: www.psag-hof-wunsiedel.de

DOKUMENTENCHECKLISTE

DOKUMENT:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	in dieser Mappe	anderer Aufbewahrungsort
Personalausweis				
Reisepass				
Familienstammbuch				
Heiratsurkunde				
Taufschein				
Ehevertrag				
Scheidungsurkunde				
Sterbeurkunde(n) von Familienangehörigen				

Für den Notfall

Hausarzt

Name

Telefonnummer

Mein Name / Vorname

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Kontaktperson

Name

Telefonnummer

Adresse

FÜNF W-FRAGEN

Wo ist das Ereignis?
Wer ruft an?
Was ist geschehen?
Wie viele Betroffene?
Warten auf Rückfragen!

FÜNF W-FRAGEN

Wo ist das Ereignis?
Wer ruft an?
Was ist geschehen?
Wie viele Betroffene?
Warten auf Rückfragen!

FÜNF W-FRAGEN

Wo ist das Ereignis?
Wer ruft an?
Was ist geschehen?
Wie viele Betroffene?
Warten auf Rückfragen!

IMPRESSUM

Herausgeber

Gesundheitsregion^{plus} Hofer Land
Schaumbergstraße 14
95032 Hof

Telefon: 09281/57-167
Telefax: 09281/57-11-167
gesundheitsregionenplus@landkreis-hof.de

Text und Redaktion

GesundheitsregionPlus Hofer Land unter
freundlicher Genehmigung des Landratsamtes
Starnberg, Fachbereich Sozialwesen

Druck

Druckerei Schmidt & Buchta GmbH & CO. KG

3. Auflage, Dezember 2025
Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers



Polizei
110
Feuerwehr + Rettung
112
Ärztliche Bereitschaft
116117
Krankentransport
09281 19222
Psychosozialer Notfall
0800 6553000
Frauennotruf Hof
09281 77677
Giftnotruf
089 19240



**HO
FER
LA
ND**



Polizei
110
Feuerwehr + Rettung
112
Ärztliche Bereitschaft
116117
Krankentransport
09281 19222
Psychosozialer Notfall
0800 6553000
Frauennotruf Hof
09281 77677
Giftnotruf
089 19240



Polizei
110
Feuerwehr + Rettung
112
Ärztliche Bereitschaft
116117
Krankentransport
09281 19222
Psychosozialer Notfall
0800 6553000
Frauennotruf Hof
09281 77677
Giftnotruf
089 19240



Schaumbergstraße 14 | 95032 Hof
Telefon: 09281/57-167 | gesundheitsregionenplus@landkreis-hof.de

www.gesundheitsregion.plus