



Landkreis Regen  
*Aus gutem Grund.*

# Notfallmappe



**Seniorenbeauftragte des Landkreises Regen**

# Vorwort

Oft beeinflussen unvorhersehbare Ereignisse das gesamte Leben. Ob Unfall, Krankheit oder Alter - in diesen Situationen stellt sich die Frage, ob der Betroffene alles für sich selbst und gegenüber den Angehörigen geregelt hat.

## Seien Sie klug und sorgen Sie vor!

Dadurch können Sie in jeder Lebenslage sicher sein, dass im Notfall nach Ihren Bedürfnissen und Vorstellungen gehandelt werden kann:

Mit klaren Handlungsanweisungen und allen nötigen Informationen.

In Ihrer Notfallmappe finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern für den Notfall. Eingehftet sind aber auch Vordrucke, auf denen Sie, Ihr Hausarzt oder ein ambulanter Pflegedienst regelmäßig erforderliche Medikamente, Allergien und Versicherungsdaten eintragen können.

Nehmen Sie Ihre persönliche Notfallmappe aktiv in Gebrauch. Erneuern Sie regelmäßig Ihre Einträge und bewahren Sie diese Mappe an einem für Sie, Ihre Angehörigen, Ihren Hausarzt, dem Pflegedienst bekannten Ort **(Aufbewahrungsort notieren!)** auf.

Weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf diese Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für Jüngere Sinn macht.

Unser Dank gilt dem Arbeitskreis der Seniorenbeauftragten im Landkreis Regen, der diese Notfallmappe federführend erstellt hat.

Wir hoffen, mit dieser Broschüre Ihr Handeln in einer Notfallsituation ein Stück weit zu erleichtern.

Wir wünschen Ihnen von ganzem Herzen, dass Sie noch lange gesund bleiben und Ihre Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommen muss.

Mit herzlichen Grüßen



Michael Adam  
Landrat



Christine Kreuzer  
Kreissenorenbeauftragte

## Inhaltsverzeichnis

|  |       |
|--|-------|
| 1. Angaben zur Person                                  | 4     |
| 2. Benachrichtigung im Notfall                         | 5     |
| 3. Wichtige Rufnummern                                 | 6     |
| 4. Hausarzt, Apotheke, Kranken- und Zusatzversicherung | 7     |
| 5. Ärztliche Behandlungen                              | 8     |
| 6. Klinische Behandlungen                              | 9     |
| 7. Zahnärztliche Behandlungen                          | 9     |
| 8. Medikamente, Impfungen, Allergien, Organspende      | 10-11 |
| 9. Versicherungen                                      | 12-14 |
| 10. Vollmachten (Konten)                               | 15    |
| 11. Renten, Vereine, Zeitungen                         | 15-17 |
| 12. Checkliste „Krankenhauseinweisung“                 | 18    |
| 13. Information „Vorsorgevollmacht“                    | 19-20 |
| 14. Vorsorgevollmacht                                  | 21-26 |
| 15. Betreuungsverfügung                                | 27-28 |
| 16. Patientenverfügung                                 | 29-36 |
| 17. Checkliste „Todesfall“                             | 37-38 |

## Angaben zur Person

.....  
Vorname Nachname

.....  
Geburtsdatum Geburtsort

.....  
Blutgruppe

.....  
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

.....  
Telefonnummer Telefax

.....  
Handynummer E-Mail-Adresse

.....  
Konfession Kirchengemeinde

.....  
Familienstand Ehegatte: Vor- und Nachname

.....  
Wohnung des Ehegatten

.....  
Telefonnummer des Ehegatten Handynummer des Ehegatten

.....  
Verwahrung der Urkunde/des Stammbaumes/der Sterbeurkunde/des Scheidungsurteils

### Weitere Anmerkungen:

.....  
.....

**Folgende Person/en soll/en im Notfall  
benachrichtigt werden!**

.....  
Vorname Nachname

.....  
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

.....  
Telefonnummer Telefax

.....  
Handynummer E-Mail-Adresse

.....  
Vorname Nachname

.....  
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

.....  
Telefonnummer Telefax

.....  
Handynummer E-Mail-Adresse

## Wichtige Rufnummern

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)</b>       | 110                      |
| <b>Feuerwehr</b>  | 112                      |
| <b>Rettungsdienst / Notarzt</b>                         | 112                      |
| <b>Ärztlicher Bereitschaftsdienst</b>                   | 01805 191212 oder 116117 |
| <b>Giftnotruf-Zentrale Bayern</b>                       | 089 192 40               |
| <b>Krankenhäuser Zwiesel/Viechtach</b>                  | 09922 99-0 / 09942 20-0  |
| <b>Ambulanter Pflegedienst</b>                          |                          |
| <b>Stadt-/Gemeindeverwaltung</b>                        |                          |
| <b>Sozialstation</b>                                    |                          |
| <b>Betreuungsstelle Landratsamt Regen</b>               |                          |
| <b>Hotline zu allen Fragen der Pflege</b>               |                          |
| <b>EC-Kartensperrung</b>                                | 116 116                  |
| <b>Pfarramt</b><br>evangelisch:<br>katholisch:          |                          |
| <b>Stromversorgung E.ON Bayern –<br/>Störungsnummer</b> |                          |
| <b>Gasversorgung E.ON Bayern –<br/>Störungsnummer</b>   |                          |
| <b>Wasserversorgung – Störungsnummer</b>                |                          |
| <b>Verbraucherzentrale Bayern e. V. München</b>         | 089 53987-0              |

## Hausarzt

.....

Name des Arztes

.....

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

.....

Telefonnummer

Handynummer

## Apotheke

.....

Name der Apotheke

.....

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

.....

Telefonnummer

Handynummer

## Krankenversicherung

.....

Name der Krankenversicherung

.....

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

.....

Telefonnummer

Handynummer

## Zusatzversicherung

.....







## Medikamente

| Name des Medikamentes | Grund der Einnahme | Einnahmezeiten |  |  |  | Aufbewahrungsort |
|-----------------------|--------------------|----------------|--|--|--|------------------|
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |
|                       |                    |                |  |  |  |                  |

**Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.):**

---

---

---

## Impfungen

Impf-Buch vorhanden ja  nein

---

---

---

---

## Allergien

---

---

---

---

## Sonstiges

(Herzschrittmacher, künstliche Gelenke etc.)

---

---

---

## Organspenden

Organspendenausweis vorhanden ja  nein

Organspendenausweis befindet sich \_\_\_\_\_

## Versicherungen

(Bitte Angaben stets aktualisieren!)

### Lebensversicherung:

---

Name der Versicherung

---

örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

---

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

---

Name der Versicherung

---

örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

---

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

### Sterbegeldversicherung:

---

Name der Versicherung

---

örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

---

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

### **Unfallversicherung:**

---

Name der Versicherung

---

örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

---

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

### **Privathaftpflichtversicherung:**

---

Name der Versicherung

---

örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

---

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

### **Hausratsversicherung:**

---

Name der Versicherung

---

örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

---

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

### **Kfz-Versicherung:**

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

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

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

### **Gebäudeversicherung:**

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

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

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

### **Feuerversicherung:**

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

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

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

### **Weitere Versicherungen**

**(z. B. Pflegeversicherung, Rechtsschutzversicherung...):**

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

## Vollmachten:

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

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Anschrift und Telefonnummer

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

Mein **Testament** ist hinterlegt bei: \_\_\_\_\_

## Renten

### Altersrente:

\_\_\_\_\_  
Versicherungsträger

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

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

### Betriebsrente/Zusatzrente:

\_\_\_\_\_  
Versicherungsträger

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

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

### **Witwen-/Witwerrente:**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsträger

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

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

### **Berufsunfähigkeitsrente:**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsträger

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

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

### **Erwerbsunfähigkeitsrente:**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsträger

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

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

### **Pension:**

\_\_\_\_\_  
Versorgungsträger

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer



## Private Rentenversicherung und Riesterrente:

\_\_\_\_\_  
Versorgungsträger

\_\_\_\_\_  
örtlich zuständiger Vertreter mit Adresse und Telefonnummer

## Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

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

## Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

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

# Checkliste

## Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung:

- ✓ Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.  
(Notarzt und Rettungsdienst 112, Polizei 110)
- ✓ Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten  
(Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- ✓ Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen  
(kleinere Möbel, wie Tische und Stühle wegräumen)
- ✓ Ärztliche Transport- und Krankenhausanweisung
  
- ✓ Krankenversichertenkarte, Geld (nur geringer Betrag)
  
- ✓ Toilettenartikel
  
- ✓ Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
  
- ✓ Gegebenenfalls: Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
  
- ✓ Bisher einzunehmende Medikamente
  
- ✓ Personalausweis
  
- ✓ Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
  
- ✓ Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
  
- ✓ Nachbarn informieren (Haustiere, Post, Blumen etc.)
  
- ✓ Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

## Vorsorgevollmacht

Jeder von uns kann durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, dass wichtige Angelegenheiten des Lebens nicht mehr selbstverantwortlich geregelt werden können.

Damit in solchen Fällen sichergestellt wird, dass eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens im Bedarfsfall nach Ihren Vorstellungen und Wünschen handeln, sollten Sie rechtzeitig vorsorgen.

### Möglichkeiten hierzu bieten Ihnen:

#### die **Vorsorgevollmacht**, die **Betreuungsverfügung** und die **Patientenverfügung**.

Leider wird diese Option von vielen verdrängt oder auf „später“ verschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und fortan auf Hilfe angewiesen zu sein.

Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Betreuungsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen.

Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er unbeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt.

Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, ist im Regelungsbereich die Bestellung eines gesetzlich verordneten Betreuers nicht notwendig.

Eine Vorsorgevollmacht kann aber nur erteilt werden, wenn man noch im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Wenn Sie nähere Informationen zur „Vorsorgevollmacht“ benötigen, wenden Sie sich bitte an die Betreuungsbehörde des Landkreises Regen unter der Telefonnummer: **09921 601-134** oder **09921 601-135**.

Es besteht auch die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt Regen amtlich beglaubigen zu lassen.

**Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe**

Herrn/Frau .....

Anschrift .....

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich .....

.....

## VORSORGEVOLLMACHT

Ich, ..... (Vollmachtgeber/in)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
.....  
(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

**erteile hiermit Vollmacht an**

..... (bevollmächtigte Person)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
.....  
(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 Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.**

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

## 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 sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn dies mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).\*

Ja  Nein

- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Ja  Nein

Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.\*\*

(\*/\*\* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).)

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Ja  Nein

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.\*

Ja  Nein

- .....

Ja  Nein

(\*In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).)

### **Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**

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

Ja  Nein

- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

Ja  Nein

- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

Ja  Nein

- .....

Ja  Nein

## Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich
  - Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
  - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
  - Verbindlichkeiten eingehen
  - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

(Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen.)

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können  
.....  
.....

Ja  Nein

Ja  Nein

## Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Service „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja  Nein



### **Behörden**

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

Ja  Nein

### **Vertretung vor Gericht**

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

Ja  Nein

**Untervollmacht** (Die bevollmächtigte Person kann im Bedarfsfall nach eigenem Ermessen eine weitere Person heranziehen)

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Ja  Nein

### **Geltung über den Tod hinaus**

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.

Ja  Nein

### **Regelung der Bestattung**

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

Ja  Nein

### **Betreuungsverfügung**

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

Ja  Nein



## BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, .....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

### **Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor:**

Name / Geburtsdatum: .....

Straße / Wohnort: .....

### **oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:**

Name / Geburtsdatum: .....

Straße / Wohnort: .....

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

Name / Geburtsdatum: .....

Straße / Wohnort: .....

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:<sup>2</sup>

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten. **Ja**  **Nein**

2. ....

3. ....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

Ein wichtige Ergänzung und Verstärkung Ihrer Patientenverfügung ist es, wenn Sie Ihre aktuelle Lebens- und Krankheitssituation sowie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung und Ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und aufschreiben.

<sup>2</sup> Gesamter Inhalt aus Broschüre: VORSORGE für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung – Bayerisches Staatsministerium der Justiz



# PATIENTENVERFÜGUNG

**Für den Fall, dass ich, .....**

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

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

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. eingefügt)

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

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

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

- .....

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ich wünsche eine Begleitung

durch .....

.....  
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge .....

durch Hospizdienst .....

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



### Hinweis auf erteilte Vollmacht(en):

|                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| .....                           |                  |
| (Name des/der Bevollmächtigten) |                  |
| .....                           |                  |
| (Adresse)                       |                  |
| .....                           | .....            |
| (Telefon)                       | (Telefax/E-Mail) |

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine  
Betreuungsverfügung erstellt.

Ja  Nein

Ich habe einen Organspendeausweis 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!)

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

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

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

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

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

| <b>Ort</b> | <b>Datum</b> | <b>Unterschrift</b> |
|------------|--------------|---------------------|
|            |              |                     |
|            |              |                     |
|            |              |                     |
|            |              |                     |
|            |              |                     |
|            |              |                     |
|            |              |                     |





Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden<sup>3</sup>:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

---

<sup>3</sup> Gesamter Inhalt aus Broschüre: VORSORGE für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung – Bayerisches Staatsministerium der Justiz

## Checkliste „Erste Schritte bei einem Todesfall“

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung
4. Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung
5. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt Ihrer Gemeinde oder Standesamt des Sterbeortes beantragen. Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
  - Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
  - Todesbescheinigung
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen  
bei Nichtverheirateten
  - Eheurkunde oder Familienstammbaum bei Verheirateten
  - Evtl. Scheidungsurteil wenn nicht wieder verheiratet
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen

9. Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen
10. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen einschließlich Versorgungs- und Rententräger bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen
11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ ...) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
13. Witwen/Witwerrente beantragen – bei Ihrer Gemeinde- oder Stadtverwaltung

**Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen der „Notfallmappe“ benötigen, dann wenden Sie sich bitte an Ihre örtliche Sozial- oder Betreuungsstelle bzw. an den zuständigen Seniorenbeauftragten oder Behindertenbeauftragten.**



Landkreis Regen

*Aus gutem Grund.*

## Auftraggeber

- Landkreis Regen
- Seniorenbeauftragte des  
Landkreises Regen
- Regionalmanagement Regen



Bayerisches Staatsministerium der Finanzen,  
für Landesentwicklung und Heimat



