

Notfallmappe von

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

ausgefüllt am:

Unterschrift

geändert am:

Unterschrift

geändert am:

Unterschrift

geändert am:

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Persönliche Daten	3
Blutgruppe, Medikamentenplan	4
Allergien, Impfungen, Diabetes	5
Implantate, Transplantationen, Organspende, Hausarzt und weitere Ärzte	6
Im Notfall zu verständigen	9
Krankenversicherung und weitere Versicherungen	11
Rente / Versorgung	17
Erwerbstätigkeit	18
Bankdaten	21
Grund- und Immobilieneigentum	26
Bestehende Verträge	28
Abonnements	29
Fahrzeuge	30
Mitgliedschaften	31
Vollmachten, Patientenverfügung	32
Haustiere:	34
Für den Todesfall	35
Eigene Anmerkungen	39
Absetzen eines Notrufes unter 112	40

Wichtiger Hinweis:

Der Medikamentenplan auf Seite 4 muss regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Gegebenenfalls kann er durch den behandelnden Arzt erstellt und der Notfallmappe als Anlage ergänzend beigefügt werden.

Persönliche Daten

Seite 3 bis 9 für
Rettungsdienst / Notarzte!

Name	Vorname/n
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Mobilfunknummer
E-Mail-Adresse	
Konfession	Kirchengemeinde

Familienstand	Ehegatte: Name, Vorname/n
evtl. früherer Name des Ehegatten	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	Mobilfunknummer des Ehegatten
Verwahrungsort der Geburtsurkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils	

Weitere Anmerkungen:

--

Blutgruppe, Medikamente, Allergien, Ärzte

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.):

Nein Ja falls ja, welche:

Blutgruppe:	
--------------------	--

Medikamentenplan:

Name des Medikaments	Einnahmezeit und Menge			
	morgens	mittags	abends	nachts

Seite 3 bis 9 für
Rettungsdienst / Notarzt!

Allergien, Impfungen, Diabetes

Seite 3 bis 9 für
Rettungsdienst / Notarzt!

Allergien:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergie gegen	
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verwahrungsort des Passes	

Impfungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfung gegen	
Impfausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verwahrungsort des Ausweises	

Diabetes:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Insulin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tabletten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetikerausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verwahrungsort des Ausweises	

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nähere Beschreibung	

Implantate, Transplantationen, Organspende, Ärzte

Seite 3 bis 9 für
Rettungsdienst / Notarzt!

Implantate:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------------------	---

Art des Implantats

- Defibrillator Herzschrittmacher Herzklappe Stent
- Kniegelenk Hüfte
- Zähne Auge
- Sonstiges:

Transplantationen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Transplantation und weitere Angaben	

Organspendeausweis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verwahrungsort des Ausweises	

Mein Hausarzt:

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	Mobilfunknummer

weitere Ärzte und Behandlungen

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Seite 3 bis 9 für
Rettungsdienst / Notarzt!

Ärztliche Behandlungen ambulant:

Datum von / bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose):	Name des behandelnden Arztes

weitere Ärzte und Behandlungen

Klinische Behandlungen stationär:

Datum von / bis	Grund des Klinikaufenthalts (Diagnose):	Name / Anschrift des Krankenhauses

Seite 3 bis 9 für
Rettungsdienst / Notarzt!

Zahnärztliche Behandlungen:

Datum von / bis	Grund der zahnärztlichen Behandlung (Diagnose):	Name des behandelnden Arztes

Im Notfall zu verständigen

Seite 3 bis 9 für
Rettungsdienst / Notarzt!

Name	Vorname/n
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Mobilfunknummer
E-Mail-Adresse	Telefax

Name	Vorname/n
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Mobilfunknummer
E-Mail-Adresse	Telefax

Im Notfall zu beachten:

Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:

Sonstiges:

Pflegedienst, Pflegegrad, Schwerbehinderung

Mein ambulanter Pflegedienst und mein Pflegegrad:

Name und Ort des Pflegedienstes, Telefonnummer, ggf. Ansprechpartner	
Pflegegrad	Aktenzeichen

Schwerbehinderung:

Schwerbehinderung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grad der Behinderung/ Aktenzeichen des Versorgungsamtes	
Verwahrungsort des Ausweises	

Meine Apotheke, bei der ich meine Medikamente beziehe:

Name und Ort der Apotheke	
Telefonnummer	Telefax

Sonstiges:

--

Krankenversicherung und weitere Versicherungen

Gesetzliche Krankenversicherung:

Name der Krankenkasse:	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versichertennummer	
Verwahrungsort der Gesundheitskarte	

Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung:

Versicherungsgesellschaft:	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Haftpflichtversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Unfallversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Weitere Unfallversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

weitere Versicherungen

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Hausratversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Sonstige Gebäude- und Brandversicherungen:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

weitere Versicherungen

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Privatrechtsschutzversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Kraftfahrzeug- und Verkehrsrechtsschutzversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Fahrzeugtyp / amtl. Kennzeichen	
Verwahrungsort der Unterlagen	

weitere Versicherungen

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Fahrzeugtyp / amtl. Kennzeichen	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Fahrzeugtyp / amtl. Kennzeichen	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Insassenunfallversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Weitere Versicherungen:

Versicherungsart:	
Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Versicherungsart:	
Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Versicherungsart:	
Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
örtl. Versicherungsagentur: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Gesetzliche Rentenversicherung:

Rentenversicherungsträger: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Bescheid/e vom	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Zusatzversicherung, ggf. private Sterbegeldversicherung:

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Versicherungsgesellschaft: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Beamtenversorgung:

Pensionsfestsetzende Behörde:	
Telefonnummer	
Personalnummer/ Aktenzeichen	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Steuernummer / Steuerliche Identifikationsnummer:

Steuernummer:	
Steuerliche Identifikationsnummer	

als Arbeitnehmer:

Arbeitgeber: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Personalnummer	
Sozialversicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Arbeitgeber: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Personalnummer	
Sozialversicherungsnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

als Selbständiger (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft):

Art der Selbständigkeit:	
Anschrift der Firma	
zuständiges Finanzamt	
Handelsregister	
weitere Angaben	

Art der Selbständigkeit:	
Anschrift der Firma	
zuständiges Finanzamt	
Handelsregister	
weitere Angaben	

Nebenberuf / Nebenbeschäftigung:

Beschreibung der Tätigkeit:	
weitere Angaben	

Beschreibung der Tätigkeit:	
weitere Angaben	

Regelmäßige staatliche Leistungen, wie z. B. Hartz IV, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Unterhaltsvorschuss:

Art der Leistung	
Aktenzeichen	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Art der Leistung	
Aktenzeichen	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Art der Leistung	
Aktenzeichen	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Girokonten:

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Sparkonten:

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	
Verwahrungsort des Sparbuchs	

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	
Verwahrungsort des Sparbuchs	

Weitere Konten:

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
Art des Kontos	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
Art des Kontos	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
Art des Kontos	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Depots:

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
Depotnummer	
BIC (oder Bankleitzahl)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
Depotnummer	
BIC (oder Bankleitzahl)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Bankschließfach:

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
Schließfachnummer	
BIC (oder Bankleitzahl)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
Schließfachnummer	
BIC (oder Bankleitzahl)	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Bausparverträge:

Bausparkasse: (Name und Anschrift)	
Bausparnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Bausparkasse: (Name und Anschrift)	
Bausparnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Vollmachten:

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

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
Vollmacht ausgestellt für	

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
Vollmacht ausgestellt für	

Geldinstitut: (Name und Anschrift)	
IBAN (oder Kontonummer und BLZ)	
Vollmacht ausgestellt für	

Verbindlichkeiten (Schulden):

Darlehensgeber: (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Darlehensgeber: (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Darlehensgeber: (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grundbesitzes: (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie: (z. B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Art des Grundbesitzes: (z. B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie: (z. B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

z. B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, usw.:

Vertragsgegenstand:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Vertragsgegenstand:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Vertragsgegenstand:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Vertragsgegenstand:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Bestehende Verträge

Vertragsgegenstand:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Vertragsgegenstand:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Vertragsgegenstand:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Vertragsgegenstand:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Zeitung-, Zeitschriften-, Bücher-, Theater-Abonnements, usw.:

Abonnement für:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Abonnement für:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Abonnement für:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Abonnement für:	
Vertragspartner: (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Verwahrungsort der Unterlagen	

Fahrzeugart: (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Fahrzeugart: (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Fahrzeugart: (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Fahrzeugart: (z. B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

Vereine, Verbände, Gewerkschaften, Automobilclubs, usw.:

Mitglied bei:	
Ansprechpartner: (Name und Anschrift)	

Mitglied bei:	
Ansprechpartner: (Name und Anschrift)	

Mitglied bei:	
Ansprechpartner: (Name und Anschrift)	

Mitglied bei:	
Ansprechpartner: (Name und Anschrift)	

Mitglied bei:	
Ansprechpartner: (Name und Anschrift)	

Mitglied bei:	
Ansprechpartner: (Name und Anschrift)	

Mitglied bei:	
Ansprechpartner: (Name und Anschrift)	

Kontovollmacht:

Damit Angehörige bei langen Krankenhausaufenthalten oder im Falle von andauernder schwerer Pflegebedürftigkeit in Ihrem Sinne handeln können, sollten Sie sich auch Gedanken über eine etwaige Kontovollmacht machen und eine Person Ihres Vertrauens bevollmächtigen, die dann Ihre Bankgeschäfte abwickeln kann. Entsprechende Vordrucke hält Ihr Kreditinstitut für Sie bereit.

Vorsorgevollmacht:

Eine Vollmacht zur Vorsorge ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung für den Fall, dass Sie selbst nicht mehr in der Lage sind, Ihre Angelegenheiten zu regeln. Sie benennen eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens, die bereit sind, für Sie im Bedarfsfall zu handeln.

Der Bevollmächtigte entscheidet anstelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers. Die Vorsorgevollmacht gibt Ihnen die Möglichkeit, die Bestellung eines Betreuers oder einer Betreuerin durch das Betreuungsgericht zu vermeiden. Sie sollten aber nur eine Person bevollmächtigen, der Sie uneingeschränkt vertrauen und von der Sie überzeugt sind, dass sie nur in Ihrem Sinne handeln wird. Wie jedes Rechtsgeschäft setzt die Erteilung einer Vorsorgevollmacht die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers voraus.

Von der Vorsorgevollmacht zu unterscheiden ist die sogenannte Betreuungsverfügung. Diese berechtigt nicht zur Vertretung bei Rechtsgeschäften. In ihr werden vielmehr Wünsche festgelegt für den Fall, dass - weil keine Vollmacht erteilt wurde - ein Betreuer bestellt werden muss.

Patientenverfügung:

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Vorausverfügung einer Person für den Fall, dass sie ihren Willen nicht mehr (wirksam) erklären kann. Sie bezieht sich auf medizinische Maßnahmen, wie ärztliche Heileingriffe und steht meist im Zusammenhang mit der Verweigerung lebensverlängernder Maßnahmen. Das Thema Patientenverfügung wird, solange man gesund und mitten im Leben steht, oftmals verdrängt. Doch schnell können Personen im Falle einer plötzlichen, schweren Krankheit nicht mehr im eigenen Sinne handeln.

Für diese Situationen ist es sinnvoll, sich bereits frühzeitig über dieses Thema Gedanken zu machen. Da die Vordrucke für Patientenverfügungen in einigen Formulierungen oder ethischen Fragen in gewissem Maße voneinander abweichen, wird in der Notfallmappe kein bestimmtes Formular abgedruckt. Da es um ganz persönliche Entscheidungen geht, ist die Vorabinformation bei einem vertrauensvollen Gespräch mit Ihrem Hausarzt empfehlenswert.

Vollmachten / Patientenverfügung

Auf dieser Seite finden Sie eine Auflistung von Stellen, von denen Sie teilweise entsprechende Vordrucke zu den oben genannten Themen sowie Anleitungen dazu erhalten. Wir haben uns bewusst dagegen entschieden, die einzelnen Formulare hier abzdrukken, da die Aktualität somit nicht hundertprozentig gewährleistet ist.

Patientenverfügung:

KLINIKUM LANDSHUT GmbH

Robert-Koch-Str. 1, 84034 Landshut

Tel.: 0871 - 69 80

Ausgedruckte Formulare befinden sich vor der Krankenhauskapelle.

Es gibt eine Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz, in der Sie Informationen und Vordrucke zu allen Themen der Vorsorge finden. Sie können diese im Buchhandel erwerben sowie im Internet direkt online ausfüllen oder herunterladen.

Bitte beachten Sie, dass Sie als Ehepartner/in nicht automatisch alle Themen der Vorsorge regeln können und für Immobilienangelegenheiten sogar eine Beglaubigung benötigen.

Nachfolgende Stellen unterstützen Sie bei allen Fragen rund um die Themen Betreuungsverfügung, rechtliche Betreuung und Vorsorgevollmacht.

Betreuungsstellen:

STADT LANDSHUT

Luitpoldstr. 29, 84034 Landshut

Tel. 0871 / 88 23 70

LANDKREIS LANDSHUT

Landratsamt Landshut, 2. OG

Veldener Str. 15, 84036 Landshut

Tel.: 0871 / 408 - 2113 oder 408 - 2104

Welche Unterlagen liegen vor:

Ich habe eine: Vorsorgevollmacht
Patientenverfügung
Betreuungsverfügung

Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Zur Aufbewahrung in der Börse / bei den Ausweispapieren usw. bitte ausschneiden:

Ich habe eine Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Mein Name:

Anschrift:

Meine Vertrauensperson ist:

Name:

Anschrift:

Ich habe eine Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Mein Name:

Anschrift:

Meine Vertrauensperson ist:

Name:

Anschrift:

Krankenhauseinweisung / Haustiere

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung:

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle, wegräumen)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- ggf. Pflegedienst und Hausarzt benachrichtigen
- Mitzunehmen für den Krankenhausaufenthalt sind:
 - Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
 - Hygieneartikel
 - ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
 - Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
 - einzunehmende Medikamente
 - evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Vertraute Personen in der Familie, Nachbarn oder Nachbarschaftshilfe über den Aufenthalt im Krankenhaus Bescheid geben (Post, Blumen, Haustiere, usw.)

Haustiere:

Art, Name des Tieres:	Betreuungsperson:	Besonders zu beachten:

Mein Testament / Erbvertrag ist hinterlegt bei (z. B. Notar):

Name	
Anschrift Telefonnummer	

Im Todesfall ist zu verständigen:

Name	
Anschrift Telefonnummer	

Name	
Anschrift Telefonnummer	

Name	
Anschrift Telefonnummer	

Name	
Anschrift Telefonnummer	

Name	
Anschrift Telefonnummer	

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:

Bestattungsart:

Trauerfeiergestaltung:

Gemeinschaftsgrab vorhanden

Ja Nein

Ich will dort beerdigt werden

Ja Nein

Grabstätte:

Checkliste "Erste Schritte bei Eintritt eines Todesfalls":

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) Todesfall zu Hause: (Haus-)Arzt benachrichtigen, der die Todesbescheinigung ausstellt. Sterbefall in einer Klinik/ Heim: Das Personal veranlasst die Ausstellung der Todesbescheinigung.

- 2) Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind zur Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt, in dessen Bezirk sich der Sterbefall ereignet hat, notwendig:
 - Personalausweis und/oder Reisepass
 - Todesbescheinigung
 - Geburtsurkunde
 - Krankenversichertenkarte
 - ggf. Heiratsurkunde bzw. Stammbuch
 - ggf. Scheidungsurteil
 - ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
 - ggf. Einbürgerungsurkunde

Die Beurkundung des Sterbefalles im Standesamt übernimmt auf Wunsch auch ein Bestattungsunternehmen Ihrer Wahl.

- 3) Bestattungsunternehmen beauftragen:
 - Finanzierung der Bestattung regeln
 - Bestattungsart klären
 - Klärung der Grabstätte (ggf. vorhandene Graburkunde bei der Friedhofsverwaltung vorlegen)
 - Todesanzeige aufsetzen
 - Trauerfeier gestalten

4) Ggf. sind folgende Punkte zu erledigen:

- Arbeitgeber bzw. staatl. Leistungsträger informieren
- Pflegedienst benachrichtigen
- Todesfall der Krankenkasse mitteilen
- Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
- Rückgabe von Pflegehilfsmitteln und -geräten, z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Hausnotruf etc.
- Lebens- und Unfallversicherungen verständigen, Rentenbescheide sammeln und ggf. Hinterbliebenenrente beantragen oder Rente einstellen lassen.
- Todesfall dem Versorgungsamt mitteilen und Schwerbehindertenausweis zurückgeben.
- Post-/ Bankvollmachten über den Tod hinaus regeln, aktuelle Kontoauszüge bzw. Umsatzlisten der Girokonten besorgen, um ggf. Lastschriftabbuchungen bzw. erwartete Erstattungen kontrollieren zu können.
- Kündigung von Gas, Strom, Telefon, Mobilfunkverträge, Rundfunkbeitrag, Miet- und Pachtverträge, Versicherungen, Dauer- und Abbuchungsaufträge auflösen, ggf. Haushaltsauflösungen veranlassen.
- Kündigung von Tageszeitungen und Zeitschriften sowie Vereinsmitgliedschaften.
- Erbschein beim Nachlassgericht beantragen – sollte ein Testament vorhanden sein, ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben. Die für Nachlassverfahren eingerichtete Serviceeinheit des Amtsgerichts Landshut ist wie folgt erreichbar:

Maximilianstraße 22
84028 Landshut
Zimmer 31 und 32
Tel. 0871 / 84-1352, 84 - 1351, 84 - 1180 oder 84 - 1107
Fax: 0871 / 84-1267

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their own notes. It occupies the central portion of the page.

Absetzen eines Notrufes unter 112

WER ruft an?

Namen nennen.

WO ist es passiert?

Genaue Ortsangabe/ Adresse.

WAS ist passiert?

Beschreibung des Vorfalls.

WIE viele Verletzte?

Anzahl der betroffenen Personen.

WARTEN

auf Rückfragen.