



LANDKREIS

# *Eichstätt*



## NOTFALL- UND VORSORGE MAPPE

ÜBERBLICK IN NOTSITUATIONEN

# NOTFALL- UND VORSORGE MAPPE

Für

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## 4. Auflage

### Herausgeber

Landratsamt Eichstätt

Residenzplatz 1

85072 Eichstätt

Tel. 08421 70-0

Fax 08421 70-222

E-Mail [poststelle@lra-ei.bayern.de](mailto:poststelle@lra-ei.bayern.de)

[www.landkreis-eichstaett.de](http://www.landkreis-eichstaett.de)

## Impressum



**Herausgeber für das Heft Notfall- und Vorsorge-mappe:** Landratsamt Eichstätt in Zusammenarbeit mit dem mediaprint infoverlag. Änderungswünsche, Anregungen und Verbesserungen für künftige Auflagen nimmt die Verwaltung oder der Verlag gerne entgegen.

Titel, Umschlaggestaltung sowie Art und Anordnung des Inhalts sind zugunsten des jeweiligen Inhabers dieser Rechte urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Übersetzungen sind

– auch auszugsweise – nicht gestattet. Nachdruck oder jede Art von Reproduktion, gleich ob Fotokopie, Mikrofilm, Datenerfassung, Datenträger oder Internet, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages!

**Gesamtherstellung:**  
mediaprint infoverlag gmbh  
Lechstr. 2, 86415 Mering  
Registergericht Augsburg, HRB 27606  
USt-IdNr.: DE 118515205  
Geschäftsführung: Ulf Stornebel  
Tel.: 08233 384-0  
Fax: 08233 384-247  
Mail: [info@mediaprint.info](mailto:info@mediaprint.info)

**Bilder:** Landratsamt Eichstätt, Magenta4 GmbH, Fotolia: Thaut Images, Péric MORISSE - PRODUCTION PERIG, Robert Kneschke, Stauke, Dmitry Naumov

**Redaktion:** mediaprint infoverlag gmbh  
**Gestaltung:** mediaprint infoverlag gmbh  
**Ausgabe und Auflage:** 4. Auflage 2021  
**Copyright:** mediaprint infoverlag gmbh

## GRUSSWORT DES LANDRATS



*Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger!*

*Die Pandemie macht einmal mehr deutlich, wie verletzlich der Mensch ist. Umso wichtiger ist es, für den Ernstfall einen sogenannten „Notfallordner“ anzulegen, damit sichergestellt ist, dass Angehörige schnell an die wichtigsten Daten und Dokumente kommen, wenn man sich selbst aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit vorübergehend nicht äußern und seine Wünsche kommunizieren kann. Unfälle und Krankheiten können in jedem Alter plötzlich eintreten, so dass es gut ist, die wichtigsten Informationen direkt zur Hand zu haben.*

*Wir hoffen zwar alle, dass solche unerwarteten Situationen nie eintreten, doch gegen solch unvorhergesehene Situationen kann man sich nicht absichern, so gern man dies auch täte. Doch man kann sehr wohl sicherstellen, dass bei einem entsprechenden Notfall Helfer, medizinisches Personal und Angehörige im eigenen Sinne handeln! Dazu ist es unabdingbar, seine Wünsche vorab selbst zu äußern und wichtige Angelegenheiten schriftlich fixiert zu regeln. Der Landkreis Eichstätt mit dem Sachgebiet Demografie und Betreuung in der Abteilung Soziales, Jugend und Familie hat aufgrund der hohen Nachfrage seine „Notfall- und Vorsorgemappe“ neu aufgelegt, die eine gute Richtschnur darstellt, was individuell wie geregelt werden soll: Darin kann man z.B. seine Konten, Sparverträge, Versicherungen, notwendige Medikamente etc. eintragen, damit Angehörige im Notfall sofort alle wichtigen Daten griffbereit haben. In der Mappe, die allen Landkreisbürgerinnen und Landkreisbürgern von der Landkreisverwaltung kostenfrei zur Verfügung gestellt wird, ist außerdem das Muster einer Vorsorgevollmacht beigelegt, die Familie und Angehörige im „Fall des Falles“ entlastet, weil schriftlich und damit klar dargelegt ist, was für den Notfall gewünscht wird.*

*Die Notfallmappe ist nur dann hilfreich, wenn Sie die Einträge regelmäßig überprüfen und alle Änderungen aktualisieren. Bitte bewahren Sie die Unterlagen leicht erreichbar, möglichst gut sichtbar und griffbereit daheim auf. Informieren Sie bitte auch Ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen, dass Sie eine Notfallmappe angelegt haben und teilen Sie ihnen den Aufbewahrungsort mit. Zur eigenen Sicherheit haben Sie und Ihre Vertrauenspersonen sämtliche relevanten Informationen schnell griffbereit zur Hand.*

*Es ist gut, Vorsorge zu treffen. Deshalb können Sie die „Notfallmappe“ des Landkreises gerne auch Verwandten oder Freunden weiterempfehlen. Möge die Neuauflage der Mappe allen im Ernstfall eine gute Hilfestellung sein!*

*Das wünscht Ihnen*

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Alex Anetsberger'. The signature is stylized and written in a cursive script.

*Ihr  
Alexander Anetsberger  
Landrat des Landkreises Eichstätt*

# INHALT



Vorwort .....	3
Wichtige Rufnummern.....	5
Persönliche Daten.....	6
Versicherungen .....	7
Rente und Versorgung.....	10
Finanzen.....	11
Nachlassangelegenheiten.....	14
Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung.....	15
Vorsorgevollmacht .....	17
Ärztliche Bescheinigung .....	21
Betreuungsverfügung.....	22
Patientenverfügung.....	23
Meine Wertvorstellung .....	27
Informationsblatt für den Notarzt .....	29
Information für Eltern mit minderjährigen Kindern: Die Benennung einer Person als Vormund für den Todesfall .....	31
Information für Krankenhauseinweisung und Todesfall .....	34
Checkliste – Erste Schritte bei Eintritt eines Todesfalls.....	36
Notfallkarte und Organspendeausweis .....	38
Hinweis zu weiteren Hilfsangeboten, Beratungsstellen und Kontaktadressen .....	39
Ihre Ansprechpartner .....	39

# WICHTIGE RUFNUMMERN

Feuerwehr: 112  
Rettungsdienst: 112  
Polizei: 110  
Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117

Sozialpsychiatrischer Dienst: 08421 50870  
Krisendienst Psychatrie: 0800 6553000  
Telefonseelsorge (Tag und Nacht): 0800 1110-222 oder 0800 1110-111  
Pflegestützpunkt Eichstätt: 08421 70560

Pfarramt: \_\_\_\_\_

Mein Hausarzt: \_\_\_\_\_

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Mein Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Notizen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# PERSÖNLICHE DATEN

---

Name Vorname

---

Geburtsdatum Geburtsort

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

---

Telefonnummer Mobiltelefonnummer

---

E-Mail Fax

---

Konfession Staatsangehörigkeit

---

Ehegatte: Name, Vorname und (Mobil)Telefonnummer

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort des Ehegatten

## Im Notfall benachrichtigen

---

Name Vorname

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

---

(Mobil)Telefon E-Mail

---

Name Vorname

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

---

(Mobil)Telefon E-Mail

Im Notfall zu beachten: Wer hat für die Wohnung und sonstige Räume Schlüssel?

# VERSICHERUNGEN

## Gesetzliche Krankenkasse

---

Name der Krankenkasse	Versicherungsnummer
-----------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

## Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

## Beihilfestelle

---

Name der Behörde	Versicherungsnummer
------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

## Auslandskrankenversicherung / Rücktransportversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

## Pflegeversicherung (gesetzliche / private)

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

## Lebensversicherung / Unfallversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

---

Anschrift

Telefonnummer

## Sterbegeldversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

---

Anschrift

Telefonnummer

## Privathaftpflichtversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

---

Anschrift

Telefonnummer

## Wohngebäudeversicherung / Brandversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

---

Anschrift

Telefonnummer

## Hausratversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

---

Anschrift

Telefonnummer



## Rechtsschutzversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

## Kfz-Versicherung

---

Art (Pkw, Wohnmobil, Lkw, Motorrad)	Amtliches Kennzeichen	Hersteller, Typ
-------------------------------------	-----------------------	-----------------

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

---

Art (Pkw, Wohnmobil, Lkw, Motorrad)	Amtliches Kennzeichen	Hersteller, Typ
-------------------------------------	-----------------------	-----------------

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

## Sonstige Versicherungen

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

---

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

---

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

# RENTE UND VERSORGUNG

## Deutsche Rentenversicherung

---

Anschrift / Versicherungsnummer

---

Bescheid vom

Verwahrung des Rentenbescheids

## Zusatzversicherung

---

Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

---

Verwahrung des Rentenbescheids

## Private Rentenversicherung

---

Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

---

Verwahrung der Unterlagen

## Beamtenversorgung

---

Pensionsfestsetzende Behörde: Telefonnummer Personalnummer / Aktenzeichen

---

Verwahrung der Unterlagen

## Weitere Altersvorsorge (Hinweise auf Art und Anschrift, Versicherungsnummer, Verwahrung)

---

---

---

---

Eventuell gesondertes Blatt beifügen / einkleben

# FINANZEN

## Girokonto

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

---

Kontonummer und Bankleitzahl oder IBAN

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt

## Weitere Konten

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

---

Kontonummer und Bankleitzahl oder IBAN

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

---

Kontonummer und Bankleitzahl oder IBAN

---

Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt

## Bankschließfach

---

Geldinstitut (Name und Anschrift)

---

Schließfachnummer

---

Bankleitzahl

## Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

---

Zuständiges Finanzamt

---

Steuer-Identifikationsnummer

## Sonstige Vermögensanlagen

---

---

---

## Grund- und Immobilieneigentum

---

Art und Anschrift	Flur-Nr. / Gemarkung
-------------------	----------------------

---

Art und Anschrift	Flur-Nr. / Gemarkung
-------------------	----------------------

---

Art und Anschrift	Flur-Nr. / Gemarkung
-------------------	----------------------

## Darlehensgeber

---

Name und Anschrift

---

Name und Anschrift

## Digitale Dienste und Konten

---

Social Media

---

Entertainment, Streaming, Gaming, Cloud

---

E-Mail und Online-Kommunikation

---

Finanzdienste und Online-Shopping

---

Computer, Handy und vergleichbare Geräte

---

Sonstige digitale Angelegenheiten (eventuell gesondertes Blatt beifügen)

## Verbindlichkeiten

Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten, Verbindlichkeiten bei Privatpersonen/Firmen, Hinweise auf bestehende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, fällige Überweisungen u.ä. (ggf. Hinweis auf besondere Aufstellungen und deren Verwahrung):

---

---

---

---

## Hinweise auf bestehende Verträge

Mietvertrag, Strom, Gas, Telefon, Internet, Rundfunk, Zeitung, Illustrierte, Fachzeitschriften u. a. (ggf. Hinweis auf besondere Aufstellungen und deren Verwahrung):

---

---

---

---

## Mitgliedschaften

Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften (evtl. mit Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll) (ggf. Hinweis auf besondere Aufstellungen, weitere Unterlagen und Verwahrung):

---

---

---

---

# NACHLASSANGELEGENHEITEN

Mein Testament ist beim Amtsgericht hinterlegt oder wird aufbewahrt bei:

---

---

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:

---

---

---

---

---

---

---

## Erbvertrag

Mein Erbvertrag ist hinterlegt bei:

---

---

## Stammbuch

Unterlagen befinden sich bei:

---

---

# VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGSVERFÜGUNG UND PATIENTENVERFÜGUNG

Durch Unfall, Krankheit oder durch fortgeschrittene Einschränkungen im Alter kann jeder Mensch in die Situation kommen, in der er seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst erledigen kann und auf die Hilfe anderer angewiesen ist.

Um in einem solchen Fall sicher zu stellen, dass die Helfer/innen Ihre Vorstellungen und Wünsche respektieren, und um den Personen, die dann für Sie handeln sollen, diese Aufgaben zu erleichtern, sollten Sie rechtzeitig vorsorgen. Möglichkeiten hierzu bieten Ihnen: die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung und die Patientenverfügung.

Mit der **Vorsorgevollmacht** bevollmächtigt eine Person eine andere vertrauenswürdige Person, im Falle einer Versorgungsbedürftigkeit alle oder bestimmte Aufgaben für den Vollmachtgeber zu erledigen. Durch eine umfassende Vorsorgevollmacht kann ein gerichtliches Betreuungsverfahren vermieden werden.

Bei der **Betreuungsverfügung** wird eine Person bestimmt, die vom Betreuungsgericht als Betreuer eingesetzt wird (Umfang wie bei der Vorsorgevollmacht, jedoch mit gerichtlicher Kontrolle), falls der Betroffene seine Angelegenheiten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst erledigen kann.

Mit der **Patientenverfügung** formulieren Sie vorsorglich Ihren Willen für kritische Krankheits-situationen, in denen Sie nicht mehr in der Lage sind, in eine ärztliche Behandlung einzuwilligen oder eine ärztliche Maßnahme abzulehnen. Kann sich ein Patient nicht mehr äußern, ist dessen mutmaßlicher Wille ausschlaggebend.

Vorsorgevollmacht erstellt am: \_\_\_\_\_

Original befindet sich: \_\_\_\_\_

Betreuungsverfügung erstellt am: \_\_\_\_\_

Original befindet sich: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung erstellt am: \_\_\_\_\_

Original befindet sich: \_\_\_\_\_

## Bankvollmacht

Von Banken wird eine Vollmacht in der Regel nur dann anerkannt, wenn die Unterschrift des Vollmachtgebers bankintern oder notariell beglaubigt ist. Über Bankvollmachten erteilen auch Banken und Sparkassen Auskünfte.

## Beglaubigung und Beurkundung

Für die Aufnahme von Darlehen ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich. Für Immobiliengeschäfte muss die Unterschrift unter der Vorsorgevollmacht durch den Notar oder den Urkundsbeamten der Betreuungsbehörde beglaubigt sein.

## Registrierung

Es besteht die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer kostenpflichtig zu registrieren. Unter [www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de) melden Sie Ihre Verfügung schnell und einfach online. Die Gebühr für Internet-Meldungen durch Privatpersonen beträgt grundsätzlich 13,00 €. Wenn Sie nicht am Lastschriftverfahren teilnehmen, kostet es 15,50 €. Wird mehr als ein Bevollmächtigter registriert, fallen für jeden weiteren Bevollmächtigten zusätzlich 2,50 € an.

Bei postalischen Anmeldungen durch Privatpersonen erhöhen sich die Gebühren um 3,00 €. Der Zuschlag für jeden weiteren Bevollmächtigten erhöht sich um 0,50 € auf 3,00 €. Wenn Sie über keinen Internetzugang verfügen, kann ein Anmeldeformular hier angefordert werden:

Bundesnotarkammer, Zentrales Vorsorgeregister,  
Postfach 08 01 51, 10001 Berlin

## Innenverhältnis und Außenverhältnis

Man unterscheidet bei der Vollmacht das Außenverhältnis (siehe Vordruck Vorsorgevollmacht) und das Innenverhältnis. Im Außenverhältnis ist bezüglich der Wirksamkeit der Erklärungen des Bevollmächtigten nur der Inhalt der Vollmacht relevant, nicht aber z. B. Absprachen zwischen dem Vollmachtgeber und dem Bevollmächtigten. Im Innenverhältnis wird durch mündliche oder schriftliche Vereinbarungen die Art und Weise, wie der Bevollmächtigte sein Amt ausüben soll, geregelt.

Nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht erhalten Sie bei der

### **Betreuungsstelle – Landratsamt Eichstätt**

**Gemmingenstr. 4, 85072 Eichstätt**

Fachgebietsleiter: Gerhard Börner

Tel. 08421 70-525

Fax 08421 70-531

E-Mail [betreuungsstelle@lra-ei.bayern.de](mailto:betreuungsstelle@lra-ei.bayern.de)



# 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 mit Ja angekreuzt oder gesondert 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 werde. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

## GESUNDHEITSSORGE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).\*  Ja  Nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.\*  Ja  Nein

\* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einverständnis 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. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden.  Ja  Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.\*  Ja  Nein
- \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## AUFENTHALT UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  Ja  Nein
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.  Ja  Nein
- Sie darf meinen Haushalt auflösen.  Ja  Nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen.  Ja  Nein
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.  Ja  Nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (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  Ja  Nein
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen  Ja  Nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen  Ja  Nein
- Verbindlichkeiten eingehen  Ja  Nein

\* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB und § 1906a Abs. 2, 4 und 5 BGB).



- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. (Hinweis: Auf das mögliche Erfordernis einer Bankvollmacht oder beurkundeten Vollmacht wird hingewiesen.)  Ja  Nein
  - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.  Ja  Nein
  - Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:  Ja  Nein
- 
- 

## POST- UND TELEKOMMUNIKATION

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

## DIGITALE MEDIEN

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

## 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

- 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 vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.  Ja  Nein

Weitere Regelungen:

---

---

---

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers)



# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Ich bestätige, dass

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

die Vorsorgevollmacht vom \_\_\_\_\_ (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin)



# BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

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

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

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

Auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

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

- Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist.  Ja  Nein

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

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

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

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

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

(Zutreffendes habe ich hier  
angekreuzt bzw. eingefügt)

- 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 oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands 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 lehne ich Folgendes ab:**

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

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

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

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

Ich wünsche eine Begleitung durch

---

---

---

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.  Ja  Nein
- 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 beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

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

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

---

 Ort, Datum

Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. 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.

Ort	Datum	Unterschrift

### Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon, Telefax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

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

---

 Name, Vorname

Adresse

---

 Ort, Datum

Telefon, Telefax, E-Mail

Unterschrift der/des Beratenden

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



Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon, Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Folgende Person/en soll/en nicht zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon, Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_







# INFORMATIONSBLATT FÜR DEN NOTARZT

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon zu Hause \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Versicherungskarte befindet sich bei \_\_\_\_\_

Konfession  katholisch  evangelisch  \_\_\_\_\_

Pflegeversicherung  Ja  Nein  beantragt am \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_

Ich lebe alleine in der Wohnung

Ich lebe zusammen mit \_\_\_\_\_  
Name, (Mobil)Telefon

Grunderkrankungen / Diagnosen / Allergien

\_\_\_\_\_

Name und Telefon des Hausarztes \_\_\_\_\_

Blutgerinnungshemmende		Zahnprothese/Implantat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Impfausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Port	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetiker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dialysepatient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ansteckende Erkrankungen \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Medikamentenplan (ggf. aktuelle ärztliche Aufstellung beilegen)

Präparat	morgens	mittags	abends	Präparat	morgens	mittags	abends

**Bezugspersonen:** Name, Telefon, Beziehungsverhältnis

Ich bin damit einverstanden, dass dieses Blatt im Notfall dem Rettungsdienst / Notarzt / Krankenhaus ausgehändigt wird:

Ort, Datum

Unterschrift





# INFORMATION FÜR ELTERN MIT MINDERJÄHRIGEN KINDERN:

## DIE BENENNUNG EINER PERSON ALS VORMUND FÜR DEN TODESFALL

Maßnahmen der Vorsorge müssen nicht nur die eigene Person betreffen. Bei Eltern mit minderjährigen Kindern kann sich die Frage stellen: Wer sorgt sich um mein Kind, wenn wir versterben sollten?

### **Für welche Fälle ist eine Vormundschaftsbestimmung bezüglich Ihres Kindes möglich?**

Die Benennung einer Person als Vormund ist nur in den Fällen von Bedeutung, in denen auch ein familiengerichtliches Verfahren zur Bestellung eines Vormunds stattfindet. Dies ist nur dann gesetzlich vorgeschrieben, wenn kein Elternteil die elterliche Sorge mehr ausüben bzw. übernehmen kann.

Stand die elterliche Sorge den Eltern gemeinsam zu und ist ein Elternteil gestorben, so steht die elterliche Sorge dem überlebenden Elternteil zu. Nur wenn also beide sorgeberechtigten Elternteile verstorben sind, muss ein Vormund gerichtlich bestellt werden. Ist ein Elternteil, dem die elterliche Sorge allein zusteht, gestorben, so hat das Familiengericht die elterliche Sorge dem überlebenden Elternteil zu übertragen, wenn dies dem Wohl des Kindes nicht widerspricht.

Nur wenn also keine Übertragung der elterlichen Sorge auf den anderen Elternteil möglich ist, muss ein Vormund gerichtlich bestellt werden.

### **Wie können Eltern bei der Auswahl des Vormunds mitentscheiden?**

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) hat im § 1776 für Eltern die Möglichkeit geschaffen, eine Person zu benennen, die im Falle ihres Todes Vormund ihres Kindes werden soll. Wie bei jeder einseitigen Verfügung sollte bereits vor dem Eintritt des Todesfalls mit dieser Person ein Gespräch geführt worden sein, um zu klären, ob sie sich die Übernahme des Amtes überhaupt vorstellen kann. Ebenso können Eltern eine bestimmte Person von der Übernahme einer Vormundschaft ausschließen (§ 1782 Abs. 1 BGB).

Diese Verfügungen werden vom Familiengericht in dem dann stattfindenden Verfahren zur Bestellung eines Vormunds berücksichtigt. Dabei darf die von den Eltern benannte Person nicht ohne ihre Zustimmung übergangen werden.

Die Auswahl eines geeigneten Vormunds obliegt aber in allen Fällen dennoch dem Familiengericht, das heißt, dass auch die von den Eltern benannte Person bei Vorliegen zwingender Gründe, wie z.B. Geschäftsunfähigkeit, Minderjährigkeit oder Vorhandensein eines Betreuers für die eigene Person, nicht als Vormund bestellt werden kann. Ein Übergehen des Benannten kommt auch in Betracht, wenn die Interessen des Kindes ansonsten erheblich und konkret gefährdet wären.

### **Wer kann diese Bestimmung treffen?**

Das Benennungsrecht steht jedem Elternteil höchstpersönlich zu. Das heißt, dass auch bei gemeinsamer Sorge jeder Elternteil eine (eigene) Benennung vornehmen kann. Auch wenn eine übereinstimmende Benennung in einer gemeinschaftlichen Verfügung erfolgt, sollte diese so verfasst sein, dass der Wille jedes einzelnen Elternteils deutlich zu erkennen ist.

Die Benennung ist nur wirksam, wenn den Eltern im Zeitpunkt ihres Todes die elterliche Sorge zustand. Ohne Bedeutung ist hingegen, ob sie zum Zeitpunkt des Verfassens der Verfügung sorgeberechtigt gewesen sind.

### **Wie muss diese Bestimmung aussehen?**

Benennung bzw. Ausschluss einer Person müssen in der Form einer letztwilligen Verfügung erfolgen, also durch eine eigenhändig (handschriftlich) geschriebene und unterschriebene Erklärung. Diese muss neben der zum möglichen Vormund benannten Person enthalten:

- die Zeit (Tag, Monat und Jahr)
- den Ort
- die Unterschrift (en), sowie
- Vornamen und Familiennamen der Eltern bzw. des Elternteils.

Alternativ kommt eine Niederschrift bei einem Notar in Betracht.

### **Was ist sonst bei der Bestimmung zu beachten?**

Als letztwillige Verfügung ist die Benennung jederzeit widerruflich. Auch ist eine befristete oder bedingte Benennung möglich. Benennen die Eltern verschiedene Personen, gilt die Benennung des zuletzt verstorbenen Elternteils unabhängig vom Zeitpunkt der Verfügung.



## Wo soll die Verfügung aufbewahrt werden?

Das Familiengericht kann die Verfügungen nur berücksichtigen, wenn es sie kennt. Entscheidend ist demnach, dass durch die benennenden Eltern sichergestellt wird, dass ihre Verfügung dem Gericht im Fall ihres Todes bekannt wird.

Die benannte Person wird regelmäßig auch eine Person sein, die den Eltern und dem Kind besonders nahesteht und daher als eine der ersten vom Tod der Eltern bzw. eines Elternteils erfährt. Sie kann sich dann selbst an das für die Bestellung eines Vormunds zuständige Familiengericht wenden und diesem die elterliche Verfügung im Original zukommen lassen.

Sowohl die vor einem Notar errichtete Verfügung als auch das eigenhändig verfasste Testament kann in amtliche Verwahrung gegeben werden. Hierzu wird es bei dem für den Wohnort der Eltern zuständigen Amtsgericht – gegen eine Gebühr – hinterlegt. Die Rückgabe des Testaments kann jederzeit verlangt werden, so dass auch ein Widerruf oder eine Abänderung der Verfügung möglich ist.

## Landratsamt Eichstätt

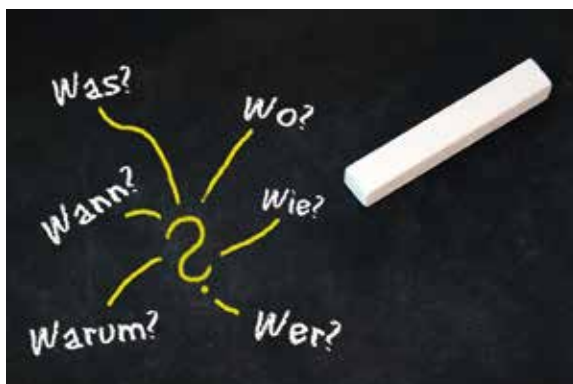
Amt für Familie und Jugend – Fachdienst Beistandschaft

Bahnhofstr. 16, 85101 Lenting

Tel. 08421 70-492

E-Mail [jugendamt@lra-ei.bayern.de](mailto:jugendamt@lra-ei.bayern.de)

[www.landkreis-eichstaett.de](http://www.landkreis-eichstaett.de)



# INFORMATION FÜR KRANKENHAUSEINWEISUNG UND TODESFALL

## Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben
- Bei Dunkelheit das Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummerbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Tische und Stühle wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese oder Gehhilfe
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel und Hausschuhe
- Bisher einzunehmende Medikamente und Medikamentenplan
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- Ggf. Pflegedienst, Essen auf Rädern oder ähnliche Lieferdienste informieren

### Notizen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# FÜR DEN TODESFALL

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

Bei Todesfällen zu Hause oder an Wochenenden ist der Hausarzt oder der ärztliche Sonntagsdienst wegen der Ausstellung des Leichenscheines zu benachrichtigen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird es von diesen erledigt.

1. Welche nächsten Angehörigen oder Personen sind zu benachrichtigen?
2. Das Bestattungsinstitut ist auszuwählen wegen der Überführung. Ggf. ist für den Todesfall bereits ein Bestattungsunternehmen ausgewählt worden, welches genaue Anweisungen erhalten hat.
3. Welche Form der Bestattung ist gewünscht? Urnenbeisetzung oder Erdbestattung im Familiengrab, anonyme Bestattung oder anderes.
4. Welche Form der Todesanzeige oder Danksagung soll in welcher Tageszeitung aufgegeben werden?
5. Wie soll der Ablauf der Beerdigung z.B. Musik, Kranzgaben durch Spenden an Organisationen ersetzen, Beileidsbekundungen am Grab usw. sein?
6. Soll ein Leichenmahl gehalten werden? Wer ist dazu eingeladen?

**Notizen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# CHECKLISTE – ERSTE SCHRITTE BEI EINTRITT EINES TODESFALLS

Diese Checkliste soll Ihnen keine rechtliche Hilfe bieten, sondern einen Überblick über das geben, was im Falle des Todes eines Angehörigen praktisch zu bewältigen ist.

Todesfall zu Hause: Arzt benachrichtigen, der den Todesschein ausstellt.

## **Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar**

(egal, ob Sie ein Bestattungsinstitut beauftragen oder nicht):

- Personalausweis und/oder Reisepass
- Todesbescheinigung
- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde
- Ggf. Scheidungsurteil
- Ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
- Versicherungskarte, Versicherungspolice: Lebens-, Sterbe-, Unfallversicherung
- Post-/Bankvollmacht über den Tod hinaus
- Mitteilung der letzten Rentenanpassung
- Falls vorhanden, Graburkunde und Bestattungsvorsorgevertrag

## **Folgende Formalitäten sind zu erledigen**

- Ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern bzw. Heimen
- Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
- Besorgung von fehlenden Dokumenten
- Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgebern, usw.
- Abmeldung von Abonnements (Zeitungen, Zeitschriften usw.)
- Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen oder Versicherungen
- Ggf. Haushaltsauflösung veranlassen

## **Zu organisieren sind**

- Friedhofswahl
- Überführung des Leichnams
- Art der Bestattung
- Trauerfeier
- Beantragung von Sterbegeldern und Beihilfen bei Krankenkassen/Versicherungen
- Für Witwe/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
- Finanzierung der mit Tod zusammenhängenden Kosten

Bei einigen der aufgeführten Punkte ist das beauftragte Bestattungsunternehmen behilflich.

## **Beurkundung des Sterbefalles**

An dem auf den Todestag folgenden Werktag sollte zur Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt (zuständig ist das Standesamt im Sterbebezirk) in das Rathaus mitgenommen werden:

- Leichenschauschein
- Ausweispapiere des/r Verstorbenen

Falls vorhanden:

- Geburtsurkunde des/r Verstorbenen bei Nichtverheirateten
- Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
- Ggf. Sterbeurkunde des/r vorverstorbenen Ehepartners/in
- Alle Rentenbescheide des/r Verstorbenen

**Nach der Beurkundung des Sterbefalles werden von der Stadt-/Gemeindeverwaltung folgende Stellen automatisch benachrichtigt**

- Meldeamt
- Amtsgericht – Nachlassgericht
- Finanzamt
- Zentrale Testamentskartei

## Weiter ist zu veranlassen

- Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
- Kopien der Sterbeurkunden an private Lebens- und Sterbeversicherungen senden
- Im Fall eines Unfalls an die Unfallversicherung
- Rücksprache mit zuständigen Kreditinstituten wegen zukünftiger Kontoführung
- Kündigung laufender Verträge und evtl. Kündigung laufender Abbuchungsaufträge, Widerruf von Einzugsermächtigungen
- Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
- Evtl. Danksagung bei den Tageszeitungen aufgeben

## Nachlassangelegenheiten

Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dieses beim zuständigen Amtsgericht abzugeben. Bei diesem muss auch der Erbschein im Bedarf beantragt werden. Von dort kommt dann die Aufforderung ein Nachlassverzeichnis anzufertigen. Bei überschuldetem Nachlass ist zu beachten, dass die Ausschlagungsfrist von sechs Wochen mit Bekanntwerden des Anfalls des Erbes zu laufen beginnt.

## Notfallkarte und Organspendeausweis

Um auf Ihre Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung im Notfall aufmerksam zu machen, sollten Sie die nebenstehende Notfallkarte ausfüllen, ausschneiden und zusammen mit Ihren Ausweispapieren stets bei sich führen.

Außerdem können Sie Ihre Bereitschaft zur Organspende durch den nachfolgenden Organspendeausweis zeigen, den Sie ebenso stets bei sich führen sollten.

Organspendeausweis	
nach § 2 des Transplantationsgesetzes	
<b>Organspende</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Wohnort
Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer <b>0800/90 40 400</b> .	
Erklärung zur Organ- und Gewebespende	
Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:	
<input type="radio"/> JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.	
oder <input type="radio"/> JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:	
_____	
oder <input type="radio"/> JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:	
_____	
oder <input type="radio"/> NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.	
oder <input type="radio"/> Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:	
Name, Vorname	Telefon
_____	_____
Straße	PLZ, Wohnort
_____	_____
Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise	
_____	
DATUM	UNTERSCHRIFT
_____	_____

Für den Fall, dass ich

..... geb. ....

Adresse .....

.....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich vorsorglich eine Vollmacht/ Betreuungsverfügung/Patientenverfügung\* erstellt.

\* Bitte Nichtzutreffends streichen



Tritt dieser Fall ein, bitte ich, umgehend mit der von mir bevollmächtigten Person (=❶)\* oder mit der Ärztin oder dem Arzt meines Vertrauens (=❷)\* Kontakt aufzunehmen. \* Bitte Nichtzutreffends streichen

❶ Name ..... Tel. ....

Adresse .....

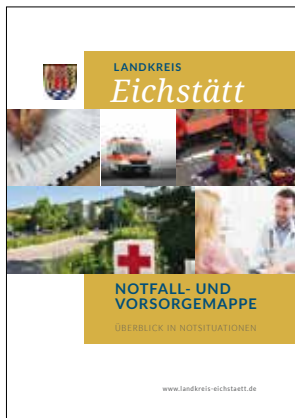
❷ Name ..... Tel. ....

Adresse .....



## HINWEIS ZU WEITEREN HILFSANGEBOTEN, BERATUNGSSTELLEN UND KONTAKTADRESSEN

Im Seniorenwegweiser des Landkreises Eichstätt finden Sie umfassende Auskünfte und Informationen über gesetzliche Ansprüche und die in der Region Eichstätt vorhandenen Hilfsangebote für Senioren. Der Seniorenwegweiser und die Notfall- und Versorgungsmappe stehen Ihnen kostenlos online zur Verfügung ([www.landkreis-eichstaett.de](http://www.landkreis-eichstaett.de)).



### Ansprechpartner

#### Betreuungsstelle – Landratsamt Eichstätt

Gemmingenstr. 4, 85072 Eichstätt

Fachgebietsleiter: Gerhard Börner

Tel. 08421 70-525

Fax 08421 70-531

E-Mail [betreuungsstelle@lra-ei.bayern.de](mailto:betreuungsstelle@lra-ei.bayern.de)



#### Demografie und Betreuung – Landratsamt Eichstätt

Gemmingenstr. 4, 85072 Eichstätt

Fachstelle für Seniorenarbeit und Bedarfsplanung :

Carmen Albrecht

Tel. 08421 70-219

Fax. 08421 7010219

E-Mail [carmen.albrecht@lra-ei.bayern.de](mailto:carmen.albrecht@lra-ei.bayern.de)

## LANDRATSAMT EICHSTÄTT

Residenzplatz 1, 85072 Eichstätt

Tel. 08421 70-0

Fax 08421 70-222

E-Mail [poststelle@lra-ei.bayern.de](mailto:poststelle@lra-ei.bayern.de)

[www.landkreis-eichstaett.de](http://www.landkreis-eichstaett.de)

Öffnungszeiten:

Mo. bis Fr. 8.00 – 12.00 Uhr

Do. zusätzlich 14.00 – 16.00 Uhr