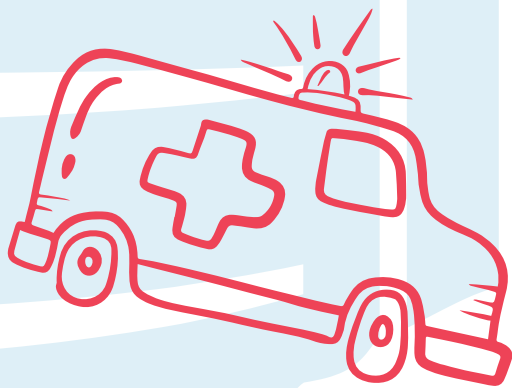


gemeinsam *leben...*
im Landkreis Fürstfeldbruck



NOTFALLMAPPE



Notfallmappe

von

VORWORT

Liebe Mitbürgerinnen,
liebe Mitbürger,

Vorsorge ist heute wichtiger denn je. Mit Unterstützung des Landkreissenorenbeirates wurde vor mehr als 10 Jahren die Notfallmappe von der Seniorenfachberatung des Landratsamtes Fürstenfeldbruck erarbeitet.

Ich freue mich daher, Ihnen heute die 2. Auflage der Notfallmappe im neuen Design vorzustellen. In der Notfallmappe können Sie alle wichtigen Informationen hinterlegen, die im Notfall von Bedeutung sind.

Nehmen Sie sich Zeit für das Ausfüllen der Notfallmappe. Bitte informieren Sie auch Angehörige, Personen Ihres Vertrauens oder Bevollmächtigte über die Notfallmappe. Bewahren Sie die Mappe an einem sicheren Ort auf, an dem sie im Notfall schnell gefunden werden kann.

Die ausgefüllte und bei Bedarf aktualisierte Notfallmappe gibt Ihnen das gute Gefühl und die Sicherheit, dass Sie für eventuelle Notfälle gut vorbereitet sind.

Wie bisher kann die Notfallmappe auch von der Homepage des Landratsamtes unter www.lra-ffb.de heruntergeladen werden oder Sie können die Mappe auch online ausfüllen.

Durch die großzügige Unterstützung der Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung (s. hierzu Seite 2) können wir auch weiterhin die Notfallmappe in großer Auflage drucken und den Bürgerinnen und Bürgern kostenlos zur Verfügung stellen.

Ich wünsche Ihnen alles Gute und geben Sie gut auf sich acht.

Ihr

Thomas Karmasin
Landrat

IMPRESSUM

Wir bedanken uns beim Landkreissenorenbeirat für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Mappe und beim Landratsamt Schwandorf, dessen Notfallmappe eine wichtige Anregung für unsere Broschüre war.

Herausgeber

Landratsamt Fürstenfeldbruck, Münchner Str. 32, 82256 Fürstenfeldbruck,
Tel. 08141 519-0, Fax: 08141 519-450, poststelle@lra-ffb.de, www.lra-ffb.de

Text und Redaktion

Landratsamt Fürstenfeldbruck, Amt für Soziales, Seniorenfachberatung

Druck

Titel: CEWE Stiftung & Co. KGaA, Meerweg 30-32, 26133 Oldenburg
Inhalt: Landratsamt Fürstenfeldbruck, Hausdruckerei

Satz und Gestaltung

Titel: Landratsamt Fürstenfeldbruck
Inhalt: Landratsamt Fürstenfeldbruck, Amt für Soziales, Seniorenfachberatung

2. Auflage, Stand: 2024

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Information zur Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung

Die Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung ist eine rechtfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts unter Aufsicht durch die Regierung von Oberbayern. Ihre Errichtung erfolgte durch das kinderlose Ehepaar Joachim und Adolfine Sighart, die die Stiftung testamentarisch zu ihrer Erbin bestimmten. Die Stiftung wurde nach dem Tod von Joachim Sighart († 3. Juni 2010) und seiner Frau Adolfine († 31. Mai 2013) errichtet und mit ihrem Vermögen ausgestattet.

Die Stiftung verfolgt ausschließlich und unmittelbar mildtätige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung und legt ihren Fokus insbesondere auf die Unterstützung und Förderung älterer und/oder bedürftiger Menschen im Landkreis Fürstenfeldbruck. Dabei setzt sie die Förderung und Unterstützung von Personen um, die infolge ihres Alters, ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder infolge einer materiellen Notlage auf Hilfe anderer angewiesen sind.

Joachim Sighart war jahrzehntelang Verleger des Brucker Tagblatts und hat die Zeitung später an den Münchner Merkur verkauft. Er verfolgte zeitlebens die Entwicklung des Landkreises Fürstenfeldbruck wobei ihn insbesondere die Situation sozial schwacher, alter Menschen berührte.

Das Ehepaar Sighart, das 1999 auch Gründungstifter der Bürgerstiftung für den Landkreis Fürstenfeldbruck war, lebte bis zu seinem Tod sehr zurückgezogen in Fürstenfeldbruck und hat seine letzte Ruhestätte auf dem Alten Friedhof in Fürstenfeldbruck gefunden.

Die besondere Anteilnahme der Sigharts an den sozialen Belangen der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger fand in der Errichtung der Stiftung ihren Niederschlag und ist dem ehrenamtlichen Stiftungsvorstand Richtlinie und Auftrag. Im Rahmen der jährlich zu vergebenden Fördermittel erfolgt auch die Unterstützung der Herausgabe der Notfallmappe, die der Landkreis Fürstenfeldbruck für interessierte Bürgerinnen und Bürger bereithält, die bei hoffentlich guter Gesundheit für den möglichst nicht eintretenden Fall einer eigenen Pflegebedürftigkeit und ihre Nachfolge mit Weitblick vorsorgen.

Zur Umsetzung der zahlreichen Förderungen im Landkreis Fürstenfeldbruck kooperiert die Sighart-Stiftung intensiv mit der Bürgerstiftung für den Landkreis Fürstenfeldbruck und hat u.a. den 'Sighart Fonds für Senioren' bei der Bürgerstiftung für den Landkreis Fürstenfeldbruck eingerichtet.

Aus seinen Erträgen und zusätzlichen Spenden werden Senioren in besonders schwierigen, vorzugsweise sozial- und wirtschaftlich bedürftigen Verhältnissen (Einzelfallförderung, z.B. über die Seniorenhilfe Sonnenstrahl) unterstützt und Projekte, auch Dritter, bezuschusst, die die Unterstützung und Förderung von Senioren im gesundheitlichen, sozialen, musikalischen, therapeutischen oder familiären Umfeld oder den Ausgleich sozialer Benachteiligungen von Senioren zum Ziel haben.

Weitere Informationen zum Sighart-Fonds gibt die Geschäftsstelle der Bürgerstiftung für den Landkreis Fürstenfeldbruck, Münchner Straße 5, 82256 Fürstenfeldbruck, Tel. 08141 348722 www.buergerstiftung-lkr-ffb.de.

Text:

Stiftungsvorstand der Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung

Informationen zum Umgang mit der Notfallmappe

In der **Notfallmappe** bündeln Sie wichtige Informationen um im Ernstfall schnell und richtig versorgt werden zu können. Im Falle, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre Angelegenheiten ausreichend zu erledigen, erleichtern Sie es den von Ihnen Bevollmächtigten, dieses für Sie zu tun.

Die Mappe ist aufgegliedert in einen **Teil 1** mit den für den Notfall wichtigen Daten, einen **Teil 2** mit weiteren persönlichen Daten sowie verschiedenen **Anlagen** zum Entnehmen bzw. Ausschneiden.

Besondere Hinweise:

- Die Mappe kann nur dann effektiv sein, wenn Sie alle Angaben auf den neuesten Stand halten.
- Überprüfen Sie 1x im Jahr die Gültigkeit Ihrer Angaben in der Notfallmappe.
- Spätere Korrekturen bzw. Änderungen sollten Sie mit dem Datum der Änderung kennzeichnen.
- Achten Sie darauf, dass die Daten des Notfall-/Notarztblattes und die entsprechenden Daten in der Notfallmappe nicht nur aktuell, sondern auch identisch sind.
- Sollten Sie Seiten entnehmen, vermerken Sie dieses im Inhaltsverzeichnis.
- Legen Sie die vollständig ausgefüllte **Notfall-/Notarztseite** gut sichtbar, am besten neben Ihrem Telefon, in Ihrer Wohnung aus.
- Die ausgefüllte Notfallmappe ersetzt auf keinen Fall eine Vollmacht/Verfügung. Für Fragen hierzu, insbesondere inwieweit für Sie eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung in Frage kommt, steht Ihnen die Betreuungsstelle im Landratsamt Fürstenfeldbruck, Tel. 08141 519-825, 826 oder 810 zur Verfügung.
- Auch das **Testament** muss gesondert verfasst werden.

Bewahren Sie die Notfallmappe und die von Ihnen getroffenen Vollmachten und Verfügungen immer so auf, dass Unberechtigte keinen Zugriff haben.

Die Notfallmappe wurde ausgefüllt am:

_____ Datum

_____ Unterschrift

aktualisiert am: _____

_____ Unterschrift

aktualisiert am: _____

_____ Unterschrift

Inhaltsverzeichnis:

Seite 1	Vorwort
Seite 2	Informationen zur Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung
Seite 3	Informationen zum Umgang mit der Notfallmappe
Seite 4	Inhaltsverzeichnis
Seite 5	Inhaltsverzeichnis Anlagen
Seite 5	Für die Geldbörse

Teil 1 **Daten für den Notfall**

Seite 7	Persönliche Daten
Seite 8	Im Notfall zu benachrichtigen
Seite 9	Hausschlüssel, Haustiere usw.
Seite 10	Wichtige Telefonnummern
Seite 11	Hausarzt / Weitere Ärzte
Seite 12	Zahnarzt / Apotheke / Therapiestellen
Seite 13	Weitere medizinische Daten
Seite 15	Medikamentenplan
Seite 16	Aktuelle ärztliche, zahnärztliche, stationäre Behandlungen
Seite 17	Maßnahmen bei einer Krankenhauseinweisung/ In das Krankenhaus sind mitzunehmen

Teil 2 **Weitere Daten und Informationen**

Seite 19	Krankenversicherungen / Beihilfestelle
Seite 20	Pflegeversicherungen
Seite 21	Sonstige Versicherungen
Seite 25	Erwerbstätigkeit / Steuer
Seite 26	Rente / Versorgung
Seite 28	Bankverbindungen
Seite 30	Vermögen
Seite 31	Verbindlichkeiten
Seite 32	Bestehende Verträge
Seite 35	Mitgliedschaften
Seite 36	Beim Todesfall
Seite 37	Nachlassangelegenheiten
Seite 38	Folgende Verwandte sollen informiert werden
Seite 39	Folgende Bekannte und Freunde sollen informiert werden
Seite 40	Mein Leben
Seite 43	Notizen

Inhaltsverzeichnis Anlagen:

Anlage 1	Notfall-/ Notarztblatt
Anlage 2	Vollmacht für digitale Konten
Anlage 3	Liste meiner Internet-Zugangsdaten

Zur Aufbewahrung in der Geldbörse/ bei den Ausweispapieren usw.:



<p>Ich habe eine <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p> <p>Mein Name:</p> <p>Anschrift:</p>	<p>Ich habe eine <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p> <p>Mein Name:</p> <p>Anschrift:</p>
<p>Meine Vertrauensperson:</p> <p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Telefonnummer:</p>	<p>Meine Vertrauensperson:</p> <p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Telefonnummer:</p>

Notfallmappe

Teil 1

Daten für den Notfall

PERSÖNLICHE DATEN

Name Vorname/n

Geburtsname Geburtsdatum Geburtsort

Familienstand Konfession

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer Handy

E-Mail-Adresse Fax

Personalausweis-/Passnummer

Schwerbehinderungen Ja Nein Grad der Behinderung

Name, Wohnort des Ehegatten

Telefonnummer des Ehegatten Handy des Ehegatten

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde/ des Stammbuches

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils/ der Sterbeurkunde des Ehegatten

„Kennwort“ für PC-Zugang _____
(siehe Anlage 2 und 3)

Weitere Anmerkungen

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer / Handy	E-Mail-Adresse
Verwandtschaft / Beziehung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer / Handy	E-Mail-Adresse
Verwandtschaft / Beziehung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer / Handy	E-Mail-Adresse
Verwandtschaft / Beziehung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)

Hausschlüssel, Haustiere usw.

Hausschlüssel

Folgende Personen besitzen für meine Wohnung / Haus einen Schlüssel:

Name	Vorname	Beziehungsverhältnis
------	---------	----------------------

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefonnummer / Handy
----------------------------------	--	-----------------------

Name	Vorname	Beziehungsverhältnis
------	---------	----------------------

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefonnummer / Handy
----------------------------------	--	-----------------------

Hausnotruf ja nein

Anbieter / Telefonnummer

Haustiere ja nein Art / Name _____

Betreuung wird übernommen von

Name	Telefonnummer / Handy
------	-----------------------

Sonstiges (z.B., dass Personen auf meine regelmäßige Hilfe warten)

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Polizei	110
Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116117
Ärztliche Notfallpraxis im Klinikum Fürstfeldbruck	08141 99 3700
Krankentransport	08141 19222
Apothekennotdienst	0800 0022833
Klinikum Fürstfeldbruck	08141 99 0
Giftnotruf	089 19240
Telefonseelsorge	0800 1110222 (katholisch) 0800 1110111 (evangelisch)
Krisendienst Psychiatrie	0180 655 3000
Sucht-Hotline	089 282822
Stadt-/Gemeindeverwaltung	_____
Polizei- und Kriminalinspektion Fürstfeldbruck	08141 6120
Polizeiinspektion Germering	089 8941570
Polizeiinspektion Olching	08142 2930
zuständiges Pfarramt	_____
Betreuungsstelle Landratsamt Fürstfeldbruck	08141 519 825, -826 oder -810
EC-Kartensperrung	116116
derzeitiger Stromversorger, Notdienst	_____
derzeitiger Gasversorger, Notdienst	_____
Tierheim Fürstfeldbruck	08141 179 1081

WEITERE WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Name	Telefonnummer / Handy
------	-----------------------

Name	Telefonnummer / Handy
------	-----------------------

HAUSARZT

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handynummer

WEITERE ÄRZTE, BEI DENEN ICH IN STÄNDIGER BEHANDLUNG BIN

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung

in Behandlung wegen

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung

in Behandlung wegen

ZAHNARZT

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

PFLEGEDIENST/ THERAPIESTELLE

Name des Pflegedienstes/der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

APOTHEKE

Name der Apotheke

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

Blutgruppe

Anfallsleiden

Ja Nein

Nähere Beschreibung

Impfungen

Impfbuch vorhanden

Ja Nein

Impfbuch befindet sich

Allergien

Ja Nein

gegen

Allergiepass vorhanden

Ja Nein

Allergiepass befindet sich

Diabetes

Ja Nein

Ausweis vorhanden

Ja Nein

Ausweis befindet sich

WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

Implantate

Ja

Nein

Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)

Transplantationen

Ja

Nein

Art und Datum der Transplantation

Organspendeausweis

Ja

Nein

Ausweis befindet sich

Sonstiges

(z.B. Vorerkrankungen, Zahnersatz usw.)

MEDIKAMENTE

Wichtiges zum Medikamentenplan:

Medikamentenplan vom:

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

Name des Medikaments

Dosierung

morgens mittags abends nachts

ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN (ambulant)

Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN (ambulant)

Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes

KLINISCHE BEHANDLUNGEN (stationär)

Behandlungsgrund	von/bis
------------------	---------

Name und Anschrift der Klinik

Behandlungsgrund	von/bis
------------------	---------

Name und Anschrift der Klinik

MAßNAHMEN BEI EINER KRANKENHAUSEINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten angeben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- Bevollmächtigte/n, Nachbarn informieren (s. Seite 8, 9)
- Falls notwendig, Pflegedienst benachrichtigen (s. Seite 12)

In das Krankenhaus sind mitzunehmen:

- Notfall-/ Notarztblatt (s. Anlage 1)
- Vorbefunde, Röntgenbilder
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung
- Personalausweis oder Reisepass
- Ein-/Überweisungsschein des Arztes
- Krankenversichertenkarte
- Krankenzusatzversicherung (Nachweis)
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, warme Socken, Hausschuhe
- Bequeme Kleidung für den Aufenthalt auf der Station bzw. Entlassung
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe, sonstige Hilfsmittel
- Bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan (s. Seite 15)
- Geld (nur geringen Betrag)
- EC-Karte
- Handy, Kopfhörer, Ladekabel
- Was zum Lesen

Notfallmappe

Teil 2

Weitere Daten und
Informationen

KRANKENVERSICHERUNG/ BEIHILFESTELLE

Krankenversicherung

gesetzlich

privat

freiwillig

Name der Krankenversicherung

Anschrift

Telefonnummer

Versichertennummer

Versichertenkarte befindet sich

Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung

Anschrift

Telefonnummer

Versicherungsnummer

Beihilfestelle-/ Versicherung

Name der Beihilfestelle-/ Versicherung

Anschrift

Telefonnummer

Personalnummer

PFLEGEVERSICHERUNGEN

Pflegeversicherung

Name der Pflegeversicherung

Anschrift

Telefonnummer

Versichertennummer

Pflegegrad

1 2 3 4 5

Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Anschrift

Telefonnummer

Versicherungsnummer

SONSTIGE VERSICHERUNGEN

Lebensversicherungen

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Unfallversicherung

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Bestattungsvorsorge-/ Sterbeversicherung

Name / Anschrift Bestattungsunternehmen _____

Name / Anschrift Versicherung _____

Versicherungsnummer _____

Ansprechpartner _____

Name Telefonnummer

Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung _____

Anschrift _____

Versicherungsnummer _____

Ansprechpartner _____

Name Telefonnummer

Hausratversicherung

Name der Versicherung _____

Anschrift _____

Versicherungsnummer _____

Ansprechpartner _____

Name Telefonnummer

Brandversicherung

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Wohngebäudeversicherung

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Kfz-Versicherung

Kfz-Kennzeichen / Typ

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Kfz-Versicherung

Kfz-Kennzeichen / Typ

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Weitere Versicherungen

Versicherungsgegenstand

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Versicherungsgegenstand

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

ERWERBSTÄTIGKEIT

Arbeiter(in) Angestellte(r) Beamte(r)

Arbeitsstelle

Name und Anschrift

Telefonnummer

Personalnummer

Sozialversicherungsnummer

als Selbständige(r) (Gewerbe, Landwirtschaft usw.)

Art der Tätigkeit / Branche

Anschrift der Firma

zuständiges Finanzamt

Handelsregister

weitere Angaben

Nebentätigkeit

Beschreibung der Tätigkeit

weitere Angaben

Steuer

Zuständiges Finanzamt

Steuernummer

Steuer-Identifikationsnummer

RENTE / VERSORGUNG

Gesetzliche Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde

Personalkennziffer

Anschrift

Telefonnummer

Betriebsrente / Zusatzversorgung

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Berufsständische Versorgung

Versorgungskammer

Aktenzeichen

Anschrift

Telefonnummer

Witwen-/ Witwerrente

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Riesterrente

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Grundsicherung im Alter / Sozialhilfe

Zuständige Behörde

Anschrift

Sachbearbeiter/in, Aktenzeichen

Telefonnummer

**Sonstige Versorgung /
Einkommen aus Verträgen**

Leistungsverpflichtete/r

Vertrag vom

Art der Leistung

Bankverbindungen Girokonto Sonstiges _____

Name der Bank _____

Geschäftsstelle in _____

IBAN _____

BIC _____

Bankvollmacht erteilt ja nein

Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten

Bankverbindungen Girokonto Sonstiges _____

Name der Bank _____

Geschäftsstelle in _____

IBAN _____

BIC _____

Bankvollmacht erteilt ja nein

Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten

Bankverbindungen Girokonto Sonstiges _____

Name der Bank _____

Geschäftsstelle in _____

IBAN _____

BIC _____

Bankvollmacht erteilt ja nein

Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten

Kreditkarten

Anbieter _____

Kartenummer _____

Anbieter _____

Kartenummer _____

Bausparvertrag

Name _____

Bausparnummer _____

Ansprechpartner _____

Anschrift _____

Sonstiges

Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.

VERMÖGENSAUFSTELLUNG

Grund- und Immobilieneigentum

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien / Grundbesitz

- Eigentümer
- Miteigentümer

Art	Gemarkung	Flurnummer
-----	-----------	------------

- Eigentümer
- Miteigentümer

Art	Gemarkung	Flurnummer
-----	-----------	------------

- Eigentümer
- Miteigentümer

Art	Gemarkung	Flurnummer
-----	-----------	------------

- Eigentümer
- Miteigentümer

Art	Gemarkung	Flurnummer
-----	-----------	------------

Sonstiges Vermögen (z.B. Schmuck, wertvolle Bilder, Sammlungen)

VERBINDLICHKEITEN

Darlehensgeber

Darlehensbetrag

Darlehensgeber

Darlehensbetrag

Darlehensgeber

Darlehensbetrag

Darlehensgeber

Darlehensbetrag

Weitere Angaben

BESTEHENDE VERTRÄGE

z.B. für Miete, Strom, Gas, Telefon, Internet, Tageszeitung usw.

Miete

Name des Vermieters

Anschrift

Telefonnummer

Strom

Anbieter / Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift

Gas

Anbieter / Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift

Kaminkehrer

Name des Kaminkehrers

Kundennummer

Anschrift

Handy

Handynummer

Anbieter / Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift / E-Mail

Telefonnummer

Telefon

Festnetznummer

Anbieter / Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift / E-Mail

Telefonnummer

Internet (s. Anlage 2)

E-Mailadresse

Anbieter / Vertragspartner

Telefonnummer

Kundennummer

Rundfunk / Fernseher

Vertragspartner

ARD/ZDF Deutschlandradio

Beitragsnummer

Anschrift

Rundfunk / Fernseher Privatsender

Anbieter / Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift

Telefonnummer

Tageszeitung

Verlag / Name der Zeitung

Kundennummer

Anschrift/ E-Mail

Telefonnummer

Zeitschriften

Name der Zeitschrift

Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift / E-Mail

Telefonnummer

Name der Zeitschrift

Anbieter / Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift / E-Mail

Telefonnummer

Sonstige Verträge

Vertragsgegenstand

Anbieter / Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift / E-Mail

Telefonnummer

Vertragsgegenstand

Anbieter / Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift / E-Mail

Telefonnummer

MITGLIEDSCHAFTEN

in Vereinen, Verbänden usw.

Mitglied bei

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Mitglied bei

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Mitglied bei

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Mitglied bei

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

Mitglied bei

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

IM TODESFALL

Die Angaben des Verstorbenen in dieser Notfallmappe und die folgenden Hinweise sollen Ihnen helfen, alle wichtigen **Aufgaben** zu erledigen:

- Bei einem Todesfall zu Hause ist innerhalb von vier Stunden der Hausarzt wegen der Ausstellung der Todesbescheinigung zu verständigen. Ist dieser nicht zu erreichen, Notrufnummer 112 anrufen. Bei einem Todesfall im Krankenhaus wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
- Nächste Angehörige und Freunde benachrichtigen.
- Bestattungsunternehmen auswählen, Termin vereinbaren.
- Wünsche des Verstorbenen beachten (Bestattungsart, Reihen- oder Familiengrab usw.)
- Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen (Achtung: Sterbeort ist nicht immer Wohnort). Beachten Sie, dass außer der Renten- und Sozialversicherung auch andere Stellen die Vorlage einer Sterbeurkunde im Original benötigen.

Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:

- Todesbescheinigung
 - Personalausweis des/der Verstorbenen
 - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
 - Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
 - Scheidungsurteil, falls geschieden und nicht wieder verheiratet
 - Sterbeurkunde des Ehegatten, falls die/der Verstorbene verwitwet war
 - Mitteilung über die letzte Rentenanpassung
-
- Nach der Beurkundung des Sterbefalles von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde- oder Kirchenverwaltung) die Lage des Grabes und den Tag der Beisetzung erfragen.
 - Todesanzeige bei der Tageszeitung aufgeben.
 - Ansprüche bei privaten Lebens- und Sterbeversicherungen prüfen.
 - Banken, Kündigung laufender Abbuchungsaufträge.
 - Schriftliche Benachrichtigung des Rentenversicherungsträgers sowie aller Versicherungen, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden.
 - Schriftliche Kündigung laufender Verträge.
 - Falls Mitgliedschaft, Information an die Vereine.
 - Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Fragen, Termin mit Rentenberatungsstelle im Rathaus vereinbaren.

- Falls notwendig, bei der Post einen Nachsendeauftrag an die/den Bevollmächtigte/n stellen
- Falls Testament vorhanden, dieses beim zuständigen Amts-/ Nachlassgericht abgeben.
- Wird Erbschein benötigt, diesen beim zuständigen Nachlassgericht beantragen.

Die Erledigung der hier aufgezählten Tätigkeiten können Sie größtenteils auch einem Bestattungsunternehmen übertragen. Entsprechende Mehrkosten entstehen.

Mein Bestattungswunsch:

Erdbestattung Feuerbestattung Sonstige

Meine letzte Ruhestätte habe ich ausgewählt/ bereits erworben

 (Name und Ort des Friedhofes/ Grabstätte)

Ich habe eine Sterbeversicherung ja nein

Nachlassangelegenheiten

Testament ja nein

Mein Testament ist hinterlegt bei _____

IM FALLE MEINES TODES SOLLEN FOLGENDE VERWANDTE INFORMIERT WERDEN

Name

Anschrift

Telefonnummer

Verwandtschaftsverhältnis

Name

Anschrift

Telefonnummer

Verwandtschaftsverhältnis

Name

Anschrift

Telefonnummer

Verwandtschaftsverhältnis

Name

Anschrift

Telefonnummer

Verwandtschaftsverhältnis

Name

Anschrift

Telefonnummer

Verwandtschaftsverhältnis

IM FALLE MEINES TODES SOLLEN FOLGENDE BEKANNT UND FREUNDE INFORMIERT WERDEN

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

MEIN LEBEN

Angaben für die Ansprache bei der Beerdigung, falls persönliche Worte / Hinweise gewünscht werden.

Name

Geburtsname

Vorname

Anschrift

geboren am

Geburtsort

Geschwister

Kindheit, Schul- und Jugendzeit

Heirat am

Wo?

Name des Ehepartners

Geburtsname

Falls Ehepartner verstorben: Wann?

Kinder

Erlerner Beruf

Welche Tätigkeit wurde bis zum Ruhestand ausgeübt?

Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand?

Liebblings- oder Freizeitbeschäftigung

Tätigkeit in folgenden Vereinen (evtl. in welcher Position)?

Durchgestandene schwere Krankheiten?

Besondere Erlebnisse / Schicksalsschläge?

Ehrenamtliche Tätigkeiten?

Was sollte zusätzlich noch erwähnt werden?

NOTFALL-/ NOTARZTBLATT (zum Herausnehmen)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon zu Hause: _____ Handy: _____

Krankenversicherung: _____

Versichertenkarte befindet sich: _____

Konfession: katholisch evangelisch _____

pflgebedürftig: ja nein Pflegegrad: _____

ich lebe alleine in der Wohnung

ich lebe zusammen mit _____
Name, Telefon, Handy

Grunderkrankungen/Diagnosen/Allergien

Name, Telefon des Hausarztes: _____

Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnprothese/Implantat	<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
Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Impfausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungshemmende			Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Port	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Medikamentenplan:

Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Krankenhausaufenthalt erwünscht: ja nein Reanimation erwünscht: ja nein

Notfallmappe vorhanden ja nein Aufbewahrungsort _____

Vertrauensperson: _____
Name, Telefon, Beziehungsverhältnis

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

Ort, Datum

Unterschrift

Vollmacht für digitale Konten

Ich, _____ geboren am _____

wohnhaft in _____

bevollmächtige hiermit zur Verwaltung meiner digitalen Vorsorge und meines digitalen Nachlasses nachfolgende Vertrauensperson:

Frau/ Herrn _____ geboren am _____

wohnhaft in _____

Oben Genannte/r wird bevollmächtigt, meine digitale Vorsorge zu Lebzeiten und auch meinen digitalen Nachlass im Falle meines Todes zu regeln. Die Vertrauensperson kennt den Aufbewahrungsort der Liste meiner Accounts. Diese Vollmacht ist nur wirksam, wenn die Vertrauensperson das Original dieser Vollmacht besitzt und sie auf Verlangen vorlegen kann. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift

