



Notfall- und Vorsorgemappe



BAD WINDSHEIM
Frankens Quelle der Gesundheit

Ausfüll- und Bearbeitungshinweise

Nehmen Sie sich die Zeit, die Notfall- und Vorsorgemappe vollständig auszufüllen. Nutzen Sie die Möglichkeit, weitere Blätter, Formulare und Urkunden, die Ihnen wichtig erscheinen, einzufügen. Eine wichtige Voraussetzung für die Nutzerinnen und Nutzer der Mappe ist es, dass die Einträge regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. So können auch für den Fall, dass Sie in einer Notsituation keine Auskunft geben können, alle nötigen Informationen weitergegeben werden. Ihre Vertrauenspersonen werden Ihnen beim Ausfüllen der Vordrucke sicher gerne helfen. Auf der hinteren Innenseite dieser Mappe finden Sie auch Kontaktdaten von Beratungsstellen.

Für den Fall, dass Sie ein vorgedrucktes Exemplar in den Händen halten und Probleme mit dem Ausfüllen in Druckbuchstaben haben, können Sie die Notfall- und Vorsorgemappe auch im Internet herunterladen unter: <https://stadt.bad-windsheim.de/rathaus-buerger/alle-downloads/broschueren>

Diese Download-Datei enthält die nachfolgenden Seiten und ist ergänzt um Seiten mit weiteren wichtigen Fragen sowie einzelne Wiederholungsseiten.

Diese PDF-Datei oder auch nur zu ändernde Seiten können mit Hilfe eines Computers ausgefüllt und ausgedruckt werden.

Weitere Hinweise

- Wenn Sie z.B. einen roten A4-Aktenordner für Ihre Unterlagen anschaffen und in der Notfall- und Vorsorgemappe darauf verweisen, wird der Helfende sicher schnell alles Notwendige finden. Mit Registerblättern lässt sich der Ordner nach den Themen unterteilen.
- Bewahren Sie das Notarzt-Blatt mit dem Notfall-Telefax (Rückseite) gut sichtbar in der Nähe der Eingangstür oder des Telefons auf. Die Notfall- und Vorsorgemappe sollte an einer Stelle aufbewahrt werden, die Ihren Vertrauenspersonen bekannt ist, zum Beispiel bei Ihren Versicherungsunterlagen.
- Sie sollten die Mappe nach dem Ausdrucken auf dem Computer löschen und den Ausdruck an einem sicheren Ort verwahren. Computer sind kein sicherer Ort zum Aufbewahren von vertraulichen Daten!
- Das nachfolgende Telefonverzeichnis können Sie herausnehmen und in einer Klarsichtfolie zum Telefon legen. Auf der Rückseite finden Sie das Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung.

Teil 1 - Mappe für Notfall und Krankenhauseinweisung der Stadt Bad Windsheim

1. Notruf-Telefonnummern.....	9
2. Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung.....	10
3. Notarztblatt.....	11
4. Notfall-Telefax 112.....	12
5. Persönliche Daten.....	13
6. Hausarzt/in - Betreuer/in - Kranken- und Pflegeversicherung.....	14
7. Zu benachrichtigende Personen / Bezugspersonen.....	15
o Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en	
8. Betreuung - Versorgung - Unterstützung.....	16
o Personen, die für meine Wohnung oder sonstige Räume Schlüssel besitzen	
o Betreuung Wohnung / Garten / Haustiere	
9. Vorsorgevollmacht.....	17
10. Betreuungsverfügung.....	22
11. Patientenverfügung.....	24
12. Weitere Vollmachten, Informationen zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung, Konto-/Depot-Vollmacht.....	33
13. Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht.....	34
14. Informationsvollmacht.....	35
15. Notfall-Ausweise.....	36
o Organspende-Ausweis	
o Allergie-Pass	
o Röntgen-Pass	
o Impfpass oder Impfnachweise	
o Diabetikerausweis	
o Herzschrittmacherausweis / Defibrillator-Ausweis	
o Blutspende-Ausweis	
o Implantat-Ausweis	
o Marcumar-Ausweis	
o Brillenpass	
o Weitere	
16. Medizinische Daten.....	38
o Im Notfall zu beachten	
o Gegenwärtige Krankheiten	
o Chronische Krankheiten	
o Therapie (z.B. Psychotherapie)	
o Apotheke (bei der ich eine Kundenkarte / Medikamentenliste habe)	
o Behandelnder Zahnarzt	
o Behinderung/en / Anerkennungsbescheid	
o Letzte ambulante und / oder stationäre Behandlungen	
o Operationen	
o Implantate und Transplantationen (Herzschrittmacher, Gelenke, Zähne, Augen)	
17. Notfallkarte.....	42

Teil 2 - Vorsorgemappe

1. Erwerbstätigkeit.....	44
o Bei Selbständigkeit	
2. Rente / Versorgung.....	45
o Gesetzliche Rentenversicherung / Berufsständische Versorgung	
o Betriebsrente / Zusatzversorgung	
o Private Rentenversicherung	
o Beamtenversorgung	
o Witwen-/Witwer-, Waisenrente	
o Riester-/Rürup-Rente	
o Sonstige Versorgungsleistungen (z.B. Leibrente)	
o Grundsicherung für Arbeitsuchende / im Alter / bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe	
3. Zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherung.....	47
o Auslands-Krankenversicherung	
o Private Zahnzusatzversicherung/en	
o Pflegeversicherung	
o Pflegezusatzversicherung	
4. Familie.....	48
o Kinder und deren Kinder	
o Eltern, Geschwister	
5. Versicherungen.....	50
o Privathaftpflichtversicherung	
o Hausratsversicherung	
o Brandversicherung / Feuerversicherung	
o Gebäudeversicherung	
o Privatrechtsschutzversicherung - Verkehrsrechtsschutzversicherung	
o Lebensversicherung	
o Private Unfallversicherung	
o Gesetzliche Unfallversicherung	
o Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorge / Sterbeversicherung	
6. Fahrzeuge / Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped).....	52
7. Weitere Versicherungen.....	53
8. Daten für Internet, Mail und Computer.....	54
9. Postvollmacht.....	55
10. Einzelvollmacht.....	56
11. Sorgerechtsverfügung.....	57
12. Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht).....	61
13. Verträge (Ausgaben).....	62
14. Weitere Verträge (Ausgaben).....	63
15. Abonnements für Sammlungen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher.....	64
16. Weitere Abonnements.....	65

17. Mitgliedschaften (Vereine, Gewerkschaft, Automobilclubs usw.).....	66
18. Vermögensaufstellung.....	68
o Grund- und Immobilieneigentum	
o Girokonten	
o Sparkonto / Sparbuch	
o Bausparvertrag	
o Sonstige Vermögensgegenstände wie Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.	
o Bestehende private Verträge (Einnahmen)	
19. Verbindlichkeiten (Ausgaben).....	72
o Darlehen / Kredit von	
20. Checkliste für den Todesfall.....	73
21. Meine Verfügung für den Todesfall.....	76
22. Bestattungsverfügung.....	77
23. Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden.....	85

Mein Notfall-Infoblatt

Notfall-Infoblatt (freiwillige Angaben)

Name:	Nationalität:
Vorname/n:	Muttersprache:
Geburtsdatum:	Religion:
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
Blutgruppe:	

Beschreiben Sie jede **Allergie oder Unverträglichkeit** (auch Medikamente) unter der Sie leiden:

Beschreiben Sie Krankheiten oder Arzneitherapien, die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können:

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja , wann?
Antikoagulation (Blutverdünnung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja , wann?
Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja , wann?
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Asthma, Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja , Typ?
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja , seit:
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja , welche?
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja , wann?

Impfungen (Präparat, Datum) oder wo haben Sie Ihren Impfpass (Raum/Ort)?

Mein Notfall-Infoblatt

Gibt es noch **weitere Diagnosen / Informationen**? (z.B. Hör-, Sprech-, Seh- oder Bewegungseinschränkungen, Behinderungen, Hilfsmittel, Sonstiges)

Beschreiben Sie wichtige **operative Eingriffe** (z.B. Unfälle, Implantate):

Welche **Medikamente** nehmen Sie täglich ein? (Präparat / Dosis / seit (Datum), sofern vorhanden, legen Sie der Notfalldose eine Kopie des aktuellen Medikamentenplans bei)

Ihre Hausarztpraxis:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Wo haben Sie Ihre/n _____ (Raum/Ort)

Medikamente: _____

Vorsorgevollmacht: _____

Patientenverfügung: _____

Organspendeausweis: _____

Notfallordner: _____

Wer pflegt Sie? Privat / Pflegedienst:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon Arbeit: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Mobil: _____

Kleben Sie hier Ihr Foto ein, wenn mehr als eine Person im Haushalt lebt.

Teil 1

Mappe für Notfall und Krankenhouseinweisung der Stadt Bad Windsheim

Notruf-Telefonnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	Notruf 110
Feuerwehr	Notruf 112
Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst (bei lebensbedrohlichen Notfällen und Krankentransport)	Notruf 112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern (in nicht lebensbedrohlichen Fällen, alle Fachrichtungen; Mo, Di, Do ab 18:00 Uhr; Mi + Fr ab 13:00 Uhr)	116 117
Gehörlosen-Telefax: Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst	Not-Fax 112
Gehörlosen-Telefax: Ärztlicher Bereitschaftsdienst	0800/58 95 210
Polizeiinspektion An der Heuwaag 2, 91438 Bad Windsheim	09841/6616-0
Giftnotrufzentrale München	089/19240
Apothekennotdienst - aus dem deutschen Festnetz	0800/00 22 833
Apothekennotdienst - Kurzwahl von jedem Handy	22 8 33
Ambulanter Pflegedienst / Sozialstation:	
Stadt Bad Windsheim – Zentrale Vermittlung	09841/66 89-0
EC-Kartensperrung	116 116
Stadtwerke Bad Windsheim, Bereitschaftsdienst	09841/651465
Hausarzt:	
Zahnarzt:	
Apotheke mit Patientendaten:	
Pfarramt, Glaubensgemeinschaft:	
Telefonseelsorge evangelisch	0800/11 10 111
Telefonseelsorge katholisch	0800/11 10 222

Als Hilfestellung für einen Notruf gelten die **5 W** - Fragen:

- **Wo** ist etwas geschehen?
- **Wer** ruft an?
- **Was** ist geschehen?
- **Wie viele** Personen sind betroffen?
- **Warten** auf Rückfragen!

Merkblatt für eine Krankenseinweisung

Bei Anforderungen des Krankentransportes über:

Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst (bei lebensbedrohlichen Notfällen und Krankentransport)	Telefon/ Gehörlosen- Telefax	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern (nicht lebensbedrohliche Fälle, alle Fachrichtungen; Mo, Di, Do ab 18:00 Uhr; Mi + Fr ab 13:00 Uhr)	Telefon Gehörlosen- Telefax	116 117 0800/58 95 210

- Bitte genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben, ggf. Stockwerk, Aufzug usw.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten.
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Stühle und Tische wegräumen).
- Wenn vorhanden, bitte den Sanitätern übergeben:
 - die ärztliche Transport- und Krankenseinweisung; die Versichertenkarte der Krankenkasse;
 - *in Kopie*: Patienten-Verfügung, Vollmacht, Betreuerausweis, Betreuungs-Verfügung
- **Bei Vergiftungen, allergischen Reaktionen: Vergiftungs-, allergieauslösenden Stoff, möglichst mit Verpackung, mitgeben!**

Möglichst Notfall-Tasche oder Notfall-Koffer vorbereiten, mit folgendem Inhalt:

- Personalausweis, Unterlagen Zusatzversicherung, Impfpass, Allergiepass
 - Herzschrittmacher-Ausweis
 - Mappe mit Kopien der Befunde, Röntgenbilder, Verfügungen, einzunehmende Medikamente und aktueller Medikamentenplan, Salben usw.
 - Toiletten- und Hygiene-Artikel: Zahnbürste, Zahnpasta, Kamm, Deo, Seife, Duschgel, Shampoo, Rasierzeug, Nagelschere, Nagelfeile, Feuchtigkeitscreme, Lippenbalsam, Ohrstöpsel (schnarchende Nachbarn), Plastiktüte für Schmutzwäsche
 - bei Zahnprothese: Behälter mit Namen, Haftcreme, Reinigungsmittel
 - Handtücher, Waschlappen, Papiertaschentücher („Tempos“)
 - Unterwäsche, Leibwäsche, drei bis vier bequeme Nachthemden oder Schlafanzüge, Bademantel, ggf. Hausanzug, Hausschuhe (keine Schlappen!)
 - festes Schuhwerk, Brille/n, Prothese, Gehhilfe, Hörgerät (Ersatzbatterien), Wollschal, dicke Socken, evtl. kleines Kopfkissen
 - Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)!!
 - Persönliche Gegenstände (Lesestoff, Uhr, Notizbuch, Kugelschreiber, Zeitschriften)
 - Bargeld (Scheine, max. 20 - 30 Euro) zum Aufladen Telefonkarte
 - Geld/EC-Karte für Zuzahlung
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Benachrichtigungen: Arbeitgeber, Pflegedienst, Essen auf Rädern, Zusteller Zeitung

Wertsachen sollten besser daheim bleiben!

Notarztblatt

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Klinik-Aufenthalt erwünscht: ja nein Reanimation erwünscht: ja nein

Krankenversicherung: _____

Aufbewahrungsort Gesundheitskarte: _____

Zusatzversicherung: Chefarztbehandlung ja nein Einzelzimmer ja nein

Religion: katholisch evangelisch

Pflegeversicherung: ja nein Pflege-Grad: _____ beantragt am: _____

Ich lebe alleine Mit folgender Person zusammen: _____ ist meine Bezugsperson

Name, Vorname, Telefon, Handynummer, Beziehungsverhältnis

Betreuer/in: _____

Name, Vorname, Telefon, Handynummer, Beziehungsverhältnis

Notfallmappe vorhanden: ja nein Verwahrt der Unterlagen: _____

**Aktuelle Erkrankungen, Medikamente, Diagnosen und Allergien (Genauere Angaben retten Ihr Leben!)
Lassen Sie sich einen Ausdruck vom Hausarzt / Facharzt erstellen - hier anfügen:**

Hausarzt (Name, Telefon): _____

Blutgerinnungsmedikamente ja nein Implantate ja nein

Firma, Name: _____ Welche: _____

Organspendeausweis ja nein Allergie ja nein

Stents ja nein Port ja nein Welche: _____

Herzschrittmacher ja nein Impfausweis ja nein

Hepatitis / HIV (Aids) ja nein Medikamentenplan ja nein

Zahnprothese ja nein Patientenverfügung ja nein

Diabetiker ja nein Betreuungsverfügung ja nein

Dialysepatient ja nein Vorsorgevollmacht ja nein

Medikament:	morgen	mittags	abends	Abstand	Medikament:	morgen	mittags	abends	Abstand

Hausnotruf: ja nein

Anbieter: Name / Telefonnummer _____

Einverständniserklärung: Ich bin einverstanden mit der Weitergabe des Notarzt-Blattes und der Notfallmappe (inkl. Befunde) an Rettungsdienst, Notarzt, Krankenhaus, behandelnde Ärzte

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Notfall-Telefax 112



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich habe eine Behinderung

Wer faxt?

Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

Wohin soll Hilfe kommen?

Straße: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

Ort: _____

Wer soll helfen?



Feuerwehr



Feuer



Notlage



Unfall



Rettungsdienst



Notarzt



Verletzung



Erkrankung



Polizei



Einbruch



Überfall



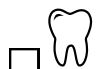
Schlägerei

Was ist geschehen?

Ich bitte um Auskunft über den Bereitschaftsdienst von:



Arzt



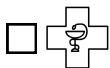
Zahnarzt



HNO-Arzt



Augenarzt



Apotheke im Bereich der Stadt/Gemeinde: _____

Anschrift: _____

Faxnummer: _____ Telefon: _____

Vielen Dank!

Unterschrift: _____

Bitte zurückfaxen!

Bitte zurückfaxen!

Bitte zurückfaxen!

Das Notfall-Telefax ist eingegangen und ist auf dem Weg zu Ihnen.

Unterschrift des aufnehmenden Disponenten: _____

Persönliche Daten

Zu meiner Person

Name:	Geburtsname:
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Pass-/Ausweis-Nr.:
Konfession, Telefon Seelsorger/ Kirchengemeinde:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	Handy:
E-Mail:	
Handschriftliches Testament vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erbvertrag, Vermächtnisse vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hinterlegt bei:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet Bei Tod des Gatten/Gattin Sterbedatum:	
Aufbewahrungsort der Sterbeurkunde:	

Angaben zum Ehegatten/Ehegattin oder Lebenspartner/in

Name:	Geburtsname:
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	Handy:
Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:	
Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde/des Stammbuches:	
Aufbewahrungsort des Partnerschaftsvertrages:	
Güterstand, Verwahrung Ehevertrag:	
Bei Scheidung - Datum, Gericht:	
Aufbewahrung des Scheidungsurteils:	

Hausarzt/in - Betreuer/in - Kranken- und Pflegeversicherung

Name, Vorname: _____

Hausarzt/Hausärztin oder dauerhaft behandelnder Facharzt/Fachärztin

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Facharzt/Fachärztin für: _____

Gesetzlicher Betreuer für den Gesundheitsbereich

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Gesetzliche oder private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsgesellschaft Kranken-Pflege-Kasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Verwahrung der Krankenversicherungskarte: _____

Beihilfeversicherung

Beihilfestelle: _____

Personalnummer: _____

Telefon: _____

Private Krankenzusatzversicherung/en

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Zusatzleistungen: _____

Verwahrung der Unterlagen: _____

Bemerkungen: _____

Zu benachrichtigende Personen/ Bezugspersonen

Name, Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer):

Person/en, die keine Nachricht erhalten sollen

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Betreuung - Versorgung - Unterstützung

Name, Vorname: _____

Personen, die für meine Wohnung oder sonstige Räume Schlüssel besitzen

Garage, Arbeits- und Geschäftsräume oder Zweitwohnung, Wochenendgrundstück sowie Behältnisse

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Schlüssel für: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Schlüssel für: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Schlüssel für: _____

Betreuung Wohnung / Garten / Haustiere

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Betreuung für: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Betreuung für: _____

Vorsorgevollmacht

Name, Vorname: _____

Darin erteilen Sie einer selbst ausgewählten Vertrauensperson eine Vertretungsvollmacht für festgelegte Bereiche des täglichen Lebens. Da ihr Ehepartner oder ihr(e) Kind(er) nicht automatisch für Sie Entscheidungen treffen darf, wenn Sie selbst geistig und / oder körperlich nicht mehr dazu in der Lage sind, sollten Sie verhindern, dass ein gerichtlich bestellter Betreuer bestellt wird. Suchen Sie diese Person sorgfältig aus, da eine solche Vollmacht auch missbraucht werden könnte. Sie können sie selbst schriftlich aufsetzen oder notariell abwickeln. Bei Grundstücksangelegenheiten benötigen Sie einen Notar.

Ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Vorsorgevollmacht

Name, Vorname: _____

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

- Die Bevollmächtigten sollen nur gemeinschaftlich entscheiden und handeln können.
(bitte legen Sie für diesen Fall gesondert fest, wie verfahren werden soll, wenn eine der bevollmächtigten Personen an der Ausübung der Vollmacht gehindert ist oder wenn die Bevollmächtigten in der zu entscheidenden Angelegenheit unterschiedlicher Auffassung sind)
- Die Bevollmächtigten sollen jeweils einzeln entscheiden und handeln können. (Im Innenverhältnis der Vollmacht soll gelten, dass die an zweiter Stelle genannte Person nur dann handeln und entscheiden können soll, wenn die erstgenannte Person verhindert oder dazu nicht in der Lage ist.)

Die Vollmacht wirkt über den Tod hinaus. Ja Nein

Gesundheitsorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Ja Nein

Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).

Ja Nein

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

Ja Nein

Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB)

Ja Nein

über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)

Ja Nein

über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB)

Ja Nein

Vorsorgevollmacht

Name, Vorname: _____

Fortsetzung - Gesundheitspflege / Pflegebedürftigkeit

über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB)

Ja Nein

entschieden.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.

Ja Nein

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

Ja Nein

Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

Ja Nein

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

Ja Nein

Behörden

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

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,

Ja Nein

namentlich über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen

Vorsorgevollmacht

Name, Vorname: _____

Fortsetzung - Vermögenssorge

Ja Nein

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

Ja Nein

Verbindlichkeiten eingehen

Ja Nein

Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben

Ja Nein

Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten

Ja Nein

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist

Ja Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

Hinweise:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Vorsorgevollmacht

Name, Vorname: _____

Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja Nein

Vertretung vor Gericht

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

Ja Nein

Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.

Ja Nein

Betreuungsverfügung

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

Ja Nein

Weitere Regelungen

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Betreuungsverfügung

Name, Vorname: _____

Darin bestimmen Sie, wer im Bedarfsfall zu Ihrem/r Betreuer/in bestellt werden soll und wer ggf. ersatzweise diese Rolle einnehmen soll. Auch können Sie eine bestimmte Person gezielt ausschließen. Außerdem können Sie darin alles aufnehmen, was diese Person beachten muss. Dies kann Ihre Lebensgewohnheiten betreffen, Ihre Haustiere oder die Wohnungseinrichtung. Der/die Betreuer/in wird gerichtlich überwacht und ist gesetzlich in seinem Handeln beschränkt.

Ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, folgendes fest:

Zu meiner Betreuerin/meinem Betreuer soll bestellt werden:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann soll ersatzweise folgende Person bestellt werden:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

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

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Betreuungsverfügung

Name, Vorname: _____

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

1. Der Betreuer soll meine Patientenverfügung, die ich beigefügt habe, beachten.

2. _____

3. _____

4. _____

Ort, Datum, Unterschrift

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Darin legen Sie fest, ob und wie Sie in akuten Krankheitssituationen ärztlich behandelt werden möchten und welche lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen für Sie getroffen werden sollen. Ärzte beraten gerne im Vorfeld und sind an Ihren Willen gebunden. Es reicht aus, sie schriftlich abzufassen, eine notarielle Beglaubigung ist möglich. Liegt keine Patientenverfügung vor, entscheidet der Vertretende gemeinsam mit den Ärzten auf Grundlage des mutmaßlichen Patientenwillens. Mehr dazu unter www.bundesgesundheitsministerium.de – Stichwort „Patientenverfügung“.

Seit dem 1. Januar 2023 gibt es für akute Krankheitssituationen (z. B. Bewusstlosigkeit oder Koma) ein gesetzliches, auf sechs Monate beschränktes, Ehegattennotvertretungsrecht für Gesundheitsangelegenheiten. Die behandelnden Ärzte sind dann von ihrer Schweigepflicht entbunden. Es gilt nur für nicht getrennt lebende Verheiratete, wenn es keinen gerichtlich bestellten Betreuer dafür gibt, und wenn keine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht für dieses Behandlungssituation vorliegt. Zudem gilt es nicht, wenn der Betroffene formlos widersprochen hat oder es sogar im Zentralen Vorsorgeregister (www.vorsorgeregister.de) hat eintragen lassen. Ein Formular finden Sie unter www.bundesaerztekammer.de/service/muster-formulare

Ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes:

Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn,

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

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Fortsetzung - Situationen, für die die Verfügung gelten soll

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

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

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

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

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

oder

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

Wiederbelebung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.

oder

- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Antibiotika.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:

Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

hospizlichen Beistand.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
- meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
 - anderer Person: _____
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
- meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
 - anderer Person: _____

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r) Name:

Anschrift

Telefon/Telefax/E-Mail

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/ dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer Name

Anschrift

Telefon/Telefax/E-Mail

Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Schlussformel

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

Schlussbemerkung

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Information / Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/ durch

und beraten lassen durch

Patientenverfügung

Name, Vorname: _____

Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr / Frau _____

wurden von mir mit am _____ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

→ Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe): _____ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

Weitere Vollmachten und Verfügungen, Informationen

Name, Vorname: _____

Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht)

Ich habe am _____ eine _____ errichtet.

Aufbewahrungsort: _____

Das Original befindet sich bei folgender Person: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Informationen zur Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung, Konto-/Depot-Vollmacht

Bitte lesen Sie die unten aufgeführten Informationsbroschüren. Lassen Sie sich vor dem Erstellen beraten. Informieren Sie Ihre Vertrauensperson und Ihre Angehörigen über das Vorhandensein einer solchen Vollmacht oder Verfügung.

Wenn der Bevollmächtigte berechtigt sein soll, Darlehen aufzunehmen, Immobilien des Vollmachtgebers zu veräußern oder Immobilien für den Vollmachtgeber zu erwerben, ist erforderlich, die Unterschrift unter der Vollmacht durch den Notar beurkunden oder durch die Betreuungsbehörde beglaubigen zu lassen.

Ihre Vorsorgevollmacht können Sie im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen. Damit stellen Sie sicher, dass Ihre Vorsorgevollmacht im Zweifelsfall von einem Betreuungsgericht aufgefunden wird, das dann Ihren Vorsorgebevollmächtigten benachrichtigen kann.

Wichtig: Ihre Vorsorgevollmacht und Verfügungen übergeben Sie bitte den Vollmachtnehmern oder teilen ihnen mit, wo sie diese im Bedarfsfall erhalten. Die Banken und Sparkassen halten für die Erteilung einer Bank-Vollmacht (Konto-/Depot-Vollmacht) gesonderte Vordrucke oder Formulare bereit. In dieser Mappe machen Sie bitte lediglich Angaben dazu.

Beachten Sie bitte: Unabhängig von internen Vereinbarungen kann der Bevollmächtigte gegenüber der Bank / Sparkasse ab dem Zeitpunkt der Ausstellung dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen! Die Bank / Sparkasse prüft nicht, ob der Vorsorgefall beim Kontoinhaber / Vollmachtgeber eingetreten ist.

- Die Informationsbroschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ des Bayerischen Justizministeriums kann als PDF-Datei unter www.bestellen.bayern.de – Stichworte „Vorsorge Alter“ oder im Buchhandel sowie direkt beim Verlag C.H.Beck, ☎ 089 / 38 18 97 50, 📠 089 / 38 189-358 /-135, ✉ bestellung@beck.de kostenpflichtig bestellt werden.
- Der Bayerische Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. gibt diese Broschüre für Sehbehinderte und Blinde auf Kassette, in Punktschrift, MAXI-Druck und auf Diskette heraus: ✉ bit@bbsb.org
- Die Informationsbroschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“ des Bundesjustizministeriums enthalten Informationen und Muster für Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und bieten ausführliche Formulierungshilfen kostenlos zu bestellen oder als PDF-Datei unter: 🌐 www.bmjv.de/Publikationen

Entbindung ärztliche Schweigepflicht

Name, Vorname: _____

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Ich bitte sie, nachfolgenden Personen
Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und auf Wunsch Einsicht in die
Krankenakten zu ermöglichen:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Ort, Datum

Unterschrift

Informationsvollmacht

Name, Vorname: _____

Hiermit erteile ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

ohne Zwang und aus freiem Willen folgende Vollmacht an

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

sämtliche Informationen, die meine Gesundheit und meinen Aufenthalt betreffen, einzuholen und dazu notwendige Erklärungen abzugeben.

Diese Vollmacht ermächtigt in allen persönlichen Gesundheitsangelegenheiten und bei Aufenthaltsbestimmung zur Informationsbeschaffung.

Mein Bevollmächtigter darf insbesondere:

- alle meine Krankenunterlagen einsehen
- alle Auskünfte von Ärzten, Pflegepersonal, Heimen und Krankenhäusern verlangen
- von jedem Dritten Auskünfte über mich betreffende gerichtliche Maßnahmen oder Verfahren, wie z.B. eine Betreuung, verlangen
- jederzeit Zutritt zu mir verlangen, egal ob ich mich in meiner Wohnung oder in einem Heim oder Krankenhaus befinde
- jederzeit Zutritt zu meiner Wohnung, auch wenn ich mich selber dort nicht befinde
- von jedem Dritten Auskunft darüber einzuholen, wo ich mich befinde
- von Beerdigungsinstituten, Gemeinde- oder Stadtverwaltungen oder kirchlichen Stellen Informationen zu meiner Bestattung erfragen.

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und das Pflegepersonal gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Verschwiegenheitspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Notfall-Ausweise

Name, Vorname: _____

Organspende-Ausweis

Zur Organspende bereit: ja nein keine Entscheidung

Verwahrung des Ausweises:

Hinweise, Bemerkungen:

Allergie-Pass

ja nein

Verwahrung des Ausweises:

Röntgen-Pass

ja nein

Verwahrung des Ausweises:

Impf-Pass oder Impf-Nachweise

ja nein

Verwahrung des Nachweises:

Diabetikerausweis

ja nein

Verwahrung des Ausweises:

Herzschrittmacherausweis / Defibrillator-Ausweis

ja nein

Verwahrung des Nachweises:

Notfall-Ausweise

Name, Vorname: _____

Blutspende-Ausweis

ja nein

Verwahrung des Ausweises:

Implantat-Ausweis

ja nein

Verwahrung des Ausweises:

Marcumar-Ausweis

ja nein

Verwahrung des Nachweises:

Brillenpass

ja nein

Verwahrung des Ausweises:

Weitere:

ja nein

Verwahrung des Nachweises:

Weitere:

ja nein

Verwahrung des Nachweises:

- Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, können Sie in einer Klarsichthülle in der Notfallmappe ablegen.
- Alle übrigen Ausweise und die Notfallkarte am Ende der Notfallmappe sollten Sie in der Geldbörse bei sich tragen. Von diesen Ausweisen können Sie eine Kopie in dieser Notfallmappe ablegen.

Medizinische Daten

Name, Vorname: _____

Aktuelle Erkrankungen, Medikamente, Diagnosen und Allergien

Genauere Angaben retten Ihr Leben! Lassen Sie sich einen Ausdruck vom Hausarzt oder Facharzt erstellen oder diesen abstempeln und unterzeichnen.

Blutgruppe / Rhesusfaktor: _____

Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis) ja nein

Welche: _____

Weitere: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Im Notfall zu beachten:

z.B. Glasknochen, Bluter:

Welche: _____

Weitere: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Schwerhörigkeit: ja nein

Herzinfarkt: ja nein

Defibrillator: ja nein

Dialysebehandlung: ja nein

Chron. Organleiden: ja nein

Thromboseneigung: ja nein

Sehbehinderung: ja nein

Kontaktlinsen: ja nein

Gegenwärtige Krankheiten:

Welche: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Welche: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Welche: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Medizinische Daten

Name, Vorname: _____

Chronische Krankheiten

Diabetes ja nein

Insulin ja nein

Tabletten ja nein

Verwahrung des Ausweises: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Krampfleiden (z.B. Epilepsie) ja nein

Wenn ja, welche: _____

Weitere: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Allergien ja nein

Welche: _____

Weitere: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Allergien ja nein

Welche: _____

Weitere: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Allergien ja nein

Welche: _____

Weitere: _____

Behandelnder Arzt oder Ärztin: _____

Telefon: _____

Datum

Stemple und Unterschrift Arzt/Ärztin

Medizinische Daten

Name, Vorname: _____

Therapie (z.B. Psychotherapie)

Name der Praxis: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Therapie (z.B. Psychotherapie)

Name der Praxis: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Apotheke (bei der ich eine Kundenkarte / Medikamentenliste habe)

Name der Apotheke: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax-Nr.: _____

Behandelnder Zahnarzt

Name der Praxis: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax-Nr.: _____

Letzte ambulante und / oder stationäre Zahn-Behandlungen

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

Medizinische Daten

Name, Vorname: _____

Behinderung/en / Anerkennungsbescheid

des Versorgungsteams (Ort): _____

Ausstellungsdatum: _____ Aktenzeichen: _____

Wenn noch nicht erteilt, Datum der Antragstellung: _____

Vorhandene Behinderungen / Merkzeichen:

--

Pflegekasse: _____ Pflegegrad: _____

Letzte ambulante und / oder stationäre Behandlungen

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

Operationen

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

Implantate und Transplantationen (Herzschrittmacher, Gelenke, Zähne, Augen)

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

Notfallkarte

Name, Vorname: _____

Notfallkarte

Bitte füllen Sie diese Notfallkarte aus. Diese kann dann ausgeschnitten, in der Mitte gefalzt, mit Ihren Ausweispapieren oder in der Geldbörse mitgeführt werden. Legen Sie ein Kärtchen auch ins Auto.

<p>Notfallkarte (Aufbewahrung in der Geldbörse)</p> <p>Polizei 110 Rettungsdienst (Notarzt, Feuerwehr) 112</p> <p>Hausarzt: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung vorhanden</p>	<p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____ geb.: _____</p> <p>Adresse: _____ _____</p> <p>Bitte informieren Sie meine Vertrauensperson:</p> <p>Name, Vorname:: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>Adresse: _____</p>
--	--

<p>Notfallkarte (Aufbewahrung im Auto)</p> <p>Polizei 110 Rettungsdienst (Notarzt, Feuerwehr) 112</p> <p>Hausarzt: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung vorhanden</p>	<p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____ geb.: _____</p> <p>Adresse: _____ _____</p> <p>Bitte informieren Sie meine Vertrauensperson:</p> <p>Name, Vorname:: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>Adresse: _____</p>
---	--

Teil 2

Vorsorgemappe

Erwerbstätigkeit

Name, Vorname: _____

Erwerbstätigkeit

Berufliche Tätigkeit: _____

Personalnummer: _____ Sozialversicherungsnummer: _____

Name des Arbeitgebers: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail Arbeitgeber: _____

Bei Selbständigkeit

Name der Firma: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail Firma: _____ Handy: _____

Handelsregister: _____

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung: _____

Berufsunfähigkeitsversicherung: _____

Zuständiges Finanzamt: _____

Steuer-Identifikationsnummer: _____

Steuernummer: _____

Hinweise, Bemerkungen (z.B. bezahlte Nebentätigkeiten, Ehrenämter)

Rente / Versorgung

Name, Vorname: _____

Gesetzliche Rentenversicherung / Berufsständische Versorgung

Rentenversicherungsträger / Versorgungskammer: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____

Bescheide vom: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Betriebsrente / Zusatzversorgung:

Rentenversicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____

Bescheide vom: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Private Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____

Bescheide vom: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde: _____

Versicherungsnummer: _____

Personalnummer: _____

Bescheide vom: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Rente / Versorgung

Name, Vorname: _____

Witwen-/Witwer-, Waisen-Rente

Rentenversicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____

Bescheide vom: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Riester-/Rürup-Rente

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Sonstige Versorgungsleistungen (z.B. Leibrente)

Leistung von: _____

Vertrag vom: _____

Telefon: _____

Leistungsart: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Grundsicherung für Arbeitsuchende / im Alter / bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe

Behörde: _____

Aktenzeichen: _____ Telefon: _____

Sachbearbeiter: _____

Letzter Bescheid vom: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Hinweise, Bemerkungen (z.B. Eingaben, Widersprüche)

Zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherung

Name, Vorname: _____

Auslandskrankenversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Private Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Pflegeversicherung

Privat Gesetzlich Pflegegrad: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Pflegezusatzversicherung

Leistungen ab Pflegegrad: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Bemerkungen zu den Versicherungen und Leistungen

Familie

Name, Vorname: _____

Kinder und deren Kinder

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

Sollte der Platz nicht ausreichen, kopieren Sie bitte diese Seite und heften Sie diese hier ein.

Familie

Name, Vorname: _____

Eltern, Geschwister

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel):

Sollte der Platz nicht ausreichen, kopieren Sie bitte diese Seite und heften Sie diese hier ein.

Versicherungen

Name, Vorname: _____

Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Hausratsversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Brandversicherung/Feuerversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Gebäudeversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Privatrechtsschutzversicherung - Verkehrsrechtsschutzversicherung

Versicherung / Bestatter: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Versicherungen

Name, Vorname: _____

Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Weitere Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Private Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Gesetzliche Unfallversicherung/en, Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorge / Sterbeversicherung

Versicherung / Bestatter: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Fahrzeuge/Versicherung

Name, Vorname: _____

Fahrzeuge / Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped)

Fahrzeugart: _____ Abgemeldet: _____

Hersteller, Typ: _____

Amtliches Kfz-Kennzeichen: _____

Regelmäßiger Standort: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrt der Unterlagen: _____

Fahrzeugart: _____ Abgemeldet: _____

Hersteller, Typ: _____

Amtliches Kfz-Kennzeichen: _____

Regelmäßiger Standort: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrt der Unterlagen: _____

Fahrzeugart: _____ Abgemeldet: _____

Hersteller, Typ: _____

Amtliches Kfz-Kennzeichen: _____

Regelmäßiger Standort: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrt der Unterlagen: _____

Weitere Versicherungen

Name, Vorname: _____

Weitere Versicherungen (z.B. Berufsunfähigkeit, Krankentagegeld, Auslandskrankenversicherung, Glas, Insassenunfallversicherung usw.)

Versicherungsbezeichnung: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrt der Unterlagen: _____

Versicherungsbezeichnung: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrt der Unterlagen: _____

Versicherungsbezeichnung: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrt der Unterlagen: _____

Versicherungsbezeichnung: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Verwahrt der Unterlagen: _____

Daten für Internet, Mail und Computer

Name, Vorname: _____

Fahrzeuge / Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped)

Bitte überlegen Sie sich eine Form der Übermittlung Ihrer Passwörter und Zugangsdaten, die Ihren Erben eine Abwicklung der E-Mail-Konten und aller Verpflichtungen aus Online-Konten bzw. Zahlungsverpflichtungen aus Online-Shops, Social Media, Online Abo-Bereichen (z.B. Zeitschriften, Hörbücher, Musik, etc.), Versicherungsplattform usw. ermöglichen. Ihre Erben müssen für diese Zahlungen künftig eintreten. Evtl. wäre eine (ständig aktualisierte) Anlage zu einem hinterlegten Testament die richtige Aufbewahrungsform. Möglich wäre auch ein Bankschließfach, zu dem aber Zugang für Ihre Vertrauensperson/en bestehen muss.

Ich habe folgende E-Mail-Adressen:

1. E-Mail: _____ über Anbieter: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

2. E-Mail: _____ über Anbieter: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

3. E-Mail: _____ über Anbieter: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

Ich habe Konten / Zugänge bei folgenden Internet-Seiten (Foren, Plattformen, Netzwerke wie PayPal, Ebay, Amazon, Facebook, Twitter, Whatsapp, Google+)

1. _____ Benutzername: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

2. _____ Benutzername: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

3. _____ Benutzername: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

4. _____ Benutzername: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

5. _____ Benutzername: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

6. _____ Benutzername: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

7. _____ Benutzername: _____

Zugangsdaten hinterlegt: _____

Sorgerechtsverfügung

Name, Vorname: _____

Wir, die sorgeberechtigten Eltern

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

und

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

treffen die folgende Sorgerechtsverfügung für (Name, Geburtstag und -Ort der Kinder):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Für den Fall, dass wir, die Eltern, die elterliche Sorge nicht mehr oder zum Teil nicht mehr ausüben können.

§ 1 Personensorge

Für die Personensorge benennen wir:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Sorgerechtsverfügung

Name, Vorname: _____

Für den Fall, dass dem/der Vorgenannten die Wahrnehmung der Personensorge dauerhaft unmöglich ist, benennen wir als Ersatzpersonen:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

oder

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Wir erklären, dass die nachfolgend genannten Personen keinesfalls als Vormund oder Pfleger für die Personensorge eingesetzt werden sollen:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

oder

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Sorgerechtsverfügung

Name, Vorname: _____

§ 2 Vermögenssorge

Für die Vermögenssorge benennen wir:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Für den Fall, dass dem/der Vorgenannten die Wahrnehmung der Vermögenssorge dauerhaft unmöglich ist, benennen wir als Ersatzpersonen:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

oder

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Wir erklären, dass die nachfolgend genannten Personen keinesfalls als Pfleger für die Vermögenssorge eingesetzt werden sollen:

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Sorgerechtsverfügung

Name, Vorname: _____

oder

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Wir begründen die Entscheidung wie folgt:

§ 3 Schlussbestimmung

Wir haben diese Bestimmung freiwillig und im Vollbesitz unserer geistigen Kräfte verfasst.

Sämtliche Bestimmungen dieser Verfügung können nur gemeinschaftlich geändert oder durch Widerruf beseitigt werden.

Ort, Datum Sorgeberechtigte/r 1

Ort, Datum Sorgeberechtigte/r 2

Weitere Vollmachten und Verfügungen

Name, Vorname: _____

Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht)

Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am _____ eine _____ errichtet.

Aufbewahrungsort: _____

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am _____ eine _____ errichtet.

Aufbewahrungsort: _____

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am _____ eine _____ errichtet.

Aufbewahrungsort: _____

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verträge (Ausgaben)

Name, Vorname: _____

Verträge, z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Pachtverträge, usw.

Rundfunkbeitrag (GEZ) Beitragsnummer: _____

Vertragspartner: ARD ZDF Deutschlandradio _____

Adresse: Beitragsservice, 50656 Köln _____

Telefon: 01806/ 99 95 55 10 (kostenpflichtig) Fax: 01806/ 99 95 55 01 (kostenpflichtig) _____

Internet: www.rundfunkbeitrag.de _____

Verwahrt der Unterlagen:

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrt der Unterlagen:

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrt der Unterlagen:

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrt der Unterlagen:

Weitere Verträge (Ausgaben)

Name, Vorname: _____

Weitere Verträge (z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Pachtverträge usw.)

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Abonnements für Sammlungen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher

Name, Vorname: _____

Abonnement für: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Abonnement für: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Abonnement für: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Abonnement für: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Hinweise, Bemerkungen:

Weitere Abonnements

Name, Vorname: _____

Abonnement für: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Abonnement für: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Abonnement für: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Abonnement für: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Hinweise, Bemerkungen:

Mitgliedschaften (Vereine, Gewerkschaft, Automobilclubs, usw.)

Name, Vorname: _____

Mitglied im/bei: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Mitglied im/bei: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Mitglied im/bei: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Mitglied im/bei: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Hinweise, Bemerkungen:

Weitere Mitgliedschaften

Name, Vorname: _____

Mitglied im/bei: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Mitglied im/bei: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Mitglied im/bei: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Mitglied im/bei: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Hinweise, Bemerkungen:

Vermögensaufstellung

Name, Vorname: _____

Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grund-/Immobilienbesitzes (z.B. Wohnhaus, Garage, Wiese, Wald, Fischteich):

Flur-Nr. / Gemarkung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Grundbucheintrag beim Amtsgericht:

Datum des Eintrags:

Eigentumsverhältnis: Alleineigentum Miteigentümer

Name/n Miteigentümer:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Verwahrort der Unterlagen:

Art des Grund-/Immobilienbesitzes (z.B. Wohnhaus, Garage, Wiese, Wald, Fischteich):

Flur-Nr. / Gemarkung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Grundbucheintrag beim Amtsgericht:

Datum des Eintrags:

Eigentumsverhältnis: Alleineigentum Miteigentümer

Name/n Miteigentümer:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Verwahrort der Unterlagen:

Vermögensaufstellung

Name, Vorname: _____

Girokonten

Geldinstitut: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

IBAN: _____

BIC: _____

EC-Karte / Kreditkarte: _____

Zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus: _____

Geldinstitut: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

IBAN: _____

BIC: _____

EC-Karte / Kreditkarte: _____

Zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus: _____

Sparkonto / Sparbuch

Geldinstitut: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

IBAN: _____

BIC: _____

EC-Karte / Kreditkarte: _____

Zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus: _____

Hinweise, Bemerkungen:

Vermögensaufstellung

Name, Vorname: _____

Bausparvertrag

Geldinstitut: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus: _____

Weiterer Sparvertrag

Geldinstitut: _____

Geschäftsstelle: _____

Adresse: _____

Vertragsnummer: _____

Zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Vollmacht über den Tod hinaus: _____

Sonstige Vermögensgegenstände wie Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.

Institut	Welcher Art	Verwahrt der Unterlagen

*Konto-/Depot-Vollmacht siehe unter Vorsorge-Dokumente / Vorsorge-Vollmacht

Hinweise, Bemerkungen:

Vermögensaufstellung

Name, Vorname: _____

Bestehende private Verträge (Einnahmen)

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Vertragsgegenstand: _____

Vertragspartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Hinweise, Bemerkungen:

Verbindlichkeiten (Ausgaben)

Name, Vorname: _____

Darlehen / Kredit von

Darlehensgeber: _____

Adresse: _____

Betrag: _____ Fälligkeit: _____

Tilgung: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Darlehen / Kredit von

Darlehensgeber: _____

Adresse: _____

Betrag: _____ Fälligkeit: _____

Tilgung: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Darlehen / Kredit von

Darlehensgeber: _____

Adresse: _____

Betrag: _____ Fälligkeit: _____

Tilgung: _____

Verwahrort der Unterlagen: _____

Hinweise, Bemerkungen:

Checkliste für den Todesfall

Name, Vorname: _____

Checkliste für den Todesfall

Ein Trauerfall fordert meist die gesamte Kraft der Hinterbliebenen - und doch muss vieles gleichzeitig erledigt und organisiert werden. Die Bestattungsinstitute übernehmen nach Absprache (gegen Bezahlung) viele der Aufgaben, um Sie zu entlasten. Die nachfolgenden Hinweise können eine Hilfe für die Einleitung aller notwendigen Schritte sein:

1. Bei einer **gewünschten Organspende** muss umgehend der Rettungsdienst 112 gerufen werden, um eine medizinische Versorgung zu gewährleisten. Bitte suchen Sie dazu den Organspende-Ausweis und händigen Sie diesen den Rettungskräften aus.
2. Unmittelbar (innerhalb von 4 Stunden) nach Eintreten des Todes außerhalb von Krankenhäusern muss der Hausarzt wegen der Ausstellung des Totenscheins verständigt werden. Ist er nicht zu erreichen, dann die **112** anrufen.
3. Bestattungsinstitut nach dem Tod des Angehörigen auswählen und wegen **Beratungsgespräch** anrufen. Bitte die Wünsche des Verstorbenen beachten. **Bei finanziellen Problemen: Sozialbestattung!** Kontaktaufnahme mit dem Sozialamt in Neustadt a.d. Aisch, ☎ 09161 / 92 24 02
4. Pfarramt, Glaubensgemeinschaft benachrichtigen, falls Beistand erwünscht.
5. Nächste Angehörige benachrichtigen und weitere Schritte besprechen.
6. Wichtig: bei Beschäftigungsverhältnis der trauernden nächsten Verwandten (Eltern, Kinder, Geschwister, Großeltern, Schwiegereltern, Ehepartner, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Adoptiv-, Pflege-, Enkelkinder) **Sonderurlaub wegen Todesfall** beantragen.
7. Wichtige Unterlagen suchen (siehe Notfall- und Vorsorgemappe: Verwahrungsorte)
 - z.B. Personalausweis, Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, usw.
 - Verträge und Verfügungen des Verstorbenen und entsprechend handeln (z.B. Testament, Vorsorgevertrag mit Bestattungsinstitut, Willenserklärung zur Feuerbestattung, usw.)
8. Wohnung versorgen (Haustiere und Pflanzen versorgen, ggf. Strom, Gas, Wasser abstellen).
9. Bei Unfalltod innerhalb von 48 Stunden der Versicherungsgesellschaft anzeigen.
10. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundungen des Sterbefalls beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen (Standesamt im 1. OG des Rathauses: ☎ 09841 66 89- 240/ -241).
Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
 - Personalausweis des/der Verstorbenen
 - Todesbescheinigung
 - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
 - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
 - Evtl. Scheidungsurteil mit Rechtskraftvermerk, wenn nicht wieder verheiratet
11. Von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) wird die Lage des Grabes und im Gespräch mit dem Bestatter der Tag der Beisetzung festgelegt.
12. Auswahl/Bestimmung des Sarges, der Urne, der Totenbekleidung, Umfang der Trauerfeier, usw.
13. Bei Feuerbestattungen: Genehmigung des Krematoriums einholen.
14. Evtl. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.

Checkliste für den Todesfall

Name, Vorname: _____

15. Erbschein beim Nachlassgericht (zuständiges Amtsgericht Neustadt a.d. Aisch) beantragen.

Information Abwicklung beim Nachlassgericht: Nach Beurkundung des Sterbefalles erhält das Nachlassgericht automatisch eine Mitteilung. Sie erhalten dann ein Formblattanschreiben, indem Sie auch Angaben zum Grundbesitz, ggf. Testament / Erbvertrag bzw. Erbverzicht sowie zum Nachlass machen müssen. Falls es ein Testament gibt, welches nicht bei einem Notar hinterlegt ist, müssen Sie es im Original beim Nachlassgericht abgeben. Ob ein Erbschein benötigt wird, müssen die Erben selbst überprüfen, zwingend ist er nur erforderlich, wenn zum Nachlass eine Immobilie gehört und das Erbrecht auf gesetzlicher Erbfolge oder einem handschriftlichen Testament beruht. Sie können den Erbscheinsantrag auch bei einem Notar Ihrer Wahl beurkunden lassen. Bei gesetzlicher Erbfolge ist das Verwandtschaftsverhältnis durch Urkunden zumindest in beglaubigter Abschrift nachzuweisen.

Mehr Informationen unter

www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgereichte/neustadt-aisch/verfahren_10.php

Dort finden Sie auch Links zu Informationen der bayerischen Finanzämter zur Erbschafts- und Schenkungssteuer.

16. Weitere Benachrichtigungen, **Wichtig!** immer Kopie der Sterbeurkunde beilegen:

- Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber des Verstorbenen senden
- Schriftliche Mitteilung an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
- Schriftliche Mitteilung an Bank über Todesfall
- Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und der Krankenkasse, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben

17. Bestattungsform bestimmen soweit nicht in der Vorsorgemappe enthalten (Bestattungsarten: z.B. Erd- und Feuerbestattung, Seebestattung usw.).

18. Terminabsprache und Trauergespräch mit dem Pfarrer oder Trauerredner.

19. Drucken und Versenden von Sterbe-/Erinnerungsbildern und Trauerkarten.

20. Grabschmuck für Trauerhalle und Grab bei Gärtnerei bestellen (Blumen, Kränze, Trauerschleifen).

21. Bewirtung für Traueressen oder Beerdigungskaffee reservieren.

So bald als möglich:

22. Ordner mit wichtigen Dokumenten anlegen (z.B. Sterbeurkunde, Grabnutzung und Pflege, Abrechnungen).

23. Evtl. muss eine abschließende Einkommenssteuererklärung erstellt werden.

24. Konten auf laufenden Zahlungen überprüfen.

25. Schriftliche Kündigung bzw. Umschreibung auf Hinterbliebene/Nachnutzer laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Internet, Strom, Gas, Rundfunkbeitrag siehe Vorsorgemappe). Bei Mietverträgen besteht ein Sonderkündigungsrecht innerhalb eines Monats mit 3-monatiger Kündigungsfrist. Wer erbt, übernimmt alles, auch Verträge und Schulden. Der Erbe oder die Erbin tritt in

die rechtlichen Fußstapfen des Verstorbenen. Zum Nachlass gehören auch Versicherungen, Energieverträge, Internetanschluss und Zeitungsabos. Wenn Sie schriftlich zum „nächstmöglichen“ Termin kündigen, sollten Sie um eine schriftliche Kündigungsbestätigung bitten und idealerweise Kopien der Sterbeurkunde und Ihres Erbscheins anhängen.

26. Kündigung laufender Abbuchungsverträge und evtl. Kfz-Abmeldung.

27. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.

28. Abmeldung bei möglichen weiteren Behörden und Ämtern.

Checkliste für den Todesfall

Name, Vorname: _____

29. Antrag auf Rentenfortzahlung (1/4 Jahr) bei Rentenversicherung stellen. Gegebenenfalls Witwen-/Witwerrente oder Waisenrente beantragen. Beratungstermin vereinbaren: Staatliches Versicherungsamt Landratsamt Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim, ☎ 09161922140

Information Abmeldung bei der Rentenkasse: Das Standesamt stellt zur Abmeldung des Verstorbenen bei der Rentenversicherung ein spezielles Exemplar der Sterbeurkunde aus. Falls die Abmeldung nicht vom Bestattungsunternehmen erledigt wird, ist es am einfachsten, sie persönlich in der nächsten Postfiliale vorzunehmen. Nehmen Sie den Rentnerausweis des Verstorbenen beziehungsweise eine Mitteilung über Leistungen aus der Rentenversicherung sowie die Sterbeurkunde mit.

Nach der Trauerfeier oder Beisetzung:

Information Begleichung der Bestattungskosten: Ohne Vollmacht können nur legitimierte Erben auf das Konto des Verstorbenen zugreifen. Dafür wird ein Erbschein bzw. ein Testament mit Eröffnungsprotokoll benötigt. Erben mehrere Personen, können diese nur gemeinsam auf das Konto zugreifen und Geld abheben.

30. Eventuell per Zeitungsinserat Dank für Anteilnahme ausdrücken.

31. Danksagungskarten verschicken.

32. Nach Erhalt des Erbscheins gegebenenfalls Testament eröffnen lassen.

33. Räumung der Wohnung, soweit keine Nach- oder Weiternutzung erfolgt.

34. Einen Steinmetz für Grabeinfassung und Grabstein beauftragen.

35. Nach etwa sechs Wochen das Grab aufräumen und Grabpflege organisieren.

36. Hinweis zu den Nachlassangelegenheiten:

Handschriftliches oder notarielles Testament* vorhanden: ja nein

Hinterlegt bei: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Handy/Fax: _____

Zuständiges Amtsgericht: _____

*eigenhändig mit Name, Ort und Datum oder notariell verfasst. Sonst gilt gesetzliche Erbfolge. Beim zuständigen Amtsgericht muss mit dem Totenschein und dem gültigen Testament der Erbschein beantragt werden. Gleich mehrere Ausfertigungen für Banken und Versicherungen erstellen lassen. Ermöglicht die Konten- und Versicherungsführung der Erben.

Sterbe- und Trauerbegleitung

- Hospizverein Bad Windsheim e.V., ☎ 0175 / 8 03 18 19
- Trauerarbeit der Malteser in Unterfranken, ☎ 0931 / 45 05 -225
- Telefonseelsorge (gebührenfrei): ☎ 0800 / 11 10 111, ☎ 0800 / 11 10 222, www.telefonseelsorge.de

Suizidprävention

- Caritas Selbsthilfebüro: ☎ 09161 / 88 89 0
- Sozialpsychiatrischer Dienst Diakonie Neustadt a.d Aisch, ☎ 09161 / 87 35 71

Meine Verfügung für den Todesfall

Name, Vorname: _____

Meine Unterlagen sind zu finden:

Verwahrungsort Personalausweis, Reisepass: _____

Handschriftliches Testament vorhanden: ja nein

Erbvertrag, Vermächtnisse vorhanden: ja nein

Hinterlegt bei: _____

Bei Tod des Gatten / Gattin

Name, Vorname: _____

Sterbedatum: _____

Aufbewahrungsort der Sterbeurkunde: _____

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde / des Stammbuches: _____

Aufbewahrungsort des Partnerschaftsvertrages: _____

Güterstand, Verwahrung Ehevertrag: _____

Bei Scheidung

Datum: _____

Gericht: _____

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils: _____

Informationen "Testament"

Wenn Sie kein Testament aufsetzen, greift die gesetzlich festgelegte Erbfolge. Über diese sollten Sie sich frühzeitig informieren. Sie hängt davon ab, ob der Erblasser verheiratet ist, ob ein Ehevertrag vorliegt und wer die nächsten noch lebenden Verwandten sind. Entscheiden Sie sich dafür, Ihren „letzten Willen“ vollständig eigenhändig geschrieben, mit Ort und Datum versehen sowie unterschrieben aufzusetzen, so können Sie selbst festlegen, welche Person(en), oder ggf. auch Stiftungen und wohltätigen Vereine bedacht werden sollen. Wenn Sie möchten, dass eine Person oder Organisation ein Einzelstück, wie z. B. ein bestimmter Gegenstand, Bargeld, eine Immobilie oder auch deren lebenslange Nutzung, aus Ihrem Nachlass bekommen soll, können Sie dies als „Vermächtnis“ im Testament festlegen. Nutzen Sie dabei klare Formulierungen wie „ich vermache“ oder dieser und jener „bekommt“. Entscheiden Sie sich dafür, die Leistungen eines Notars gegen Gebühr in Anspruch zu nehmen, haben Sie die Gewähr, dass das Schriftstück auf seine amtliche Korrektheit geprüft wird und in amtliche Verwahrung beim Nachlassgericht kommt. Gegen Gebühr können Sie dort auch handschriftliche Testamente hinterlegen lassen.

Mehr zum Thema „Erben und Vererben“ unter www.bmj.de.

Mehr Informationen gibt auch beim Amtsgericht Neustadt a.d.A. unter www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgerichte/neustadt-aisch/verfahren_10.php.

Bestattungsverfügung

Name, Vorname: _____

So sensibel das Thema Tod ist, desto wichtiger ist es, dass wir verantwortungsvoll damit umgehen und offen darüber reden bzw. es im Stillen für unsere Angehörigen dokumentieren. Zeigen Sie Stärke und legen Sie noch zu Lebzeiten fest, wie Sie bestattet werden möchten. Ihre Hinterbliebenen werden es Ihnen danken, denn für sie ist es tröstlich, Ihre Wünsche in dieser emotional belastenden Situation zu kennen und zu wissen, dass sie in Ihrem Sinne das Richtige tun. Sie können schriftlich in einer Bestattungsverfügung festhalten oder mit Ihren Angehörigen besprechen, wie und in welchem Rahmen Sie bestattet bzw. beigesetzt werden möchten.

Bestattungsinstitute bieten zudem den Abschluss eines Bestattungsvorsorgevertrags an. Darin können Sie alles bis aufs Detail festlegen. Auch die Finanzierung ist darin geregelt. Denn wer für die eigene Bestattung vorsorgen und Angehörige finanziell entlasten möchte, der sollte sich nicht darauf verlassen, dass sein dafür angelegtes Geld auf dem Sparbuch auch in jedem Fall für diesen Zweck verwendet werden wird. Denn sollte der Pflegefall eintreten, kann vom Sozialamt die Auflösung des Kontos beantragt werden, um die anfallenden Kosten im Pflegeheim zu decken. Das hart ersparte Geld, das zur Deckung der Bestattungskosten angedacht war, stünde in diesem Fall nicht mehr zur Verfügung. Stattdessen kann man eine Sterbegeldversicherung als zweckgebundene Kapitallebensversicherung abschließen oder ein Treuhandkonto einrichten. Auf diesem Konto ist das angelegte Geld konkurssicher und vor Zugriffen Dritter geschützt. Die Geldanlage kann dann nur dafür verwendet werden, um die Bestattungskosten zu decken.

Ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Bestimme hiermit für den Fall meines Todes nachfolgende Vorgehensweise bezüglich der Bestattung meiner sterblichen Überreste:

Allgemein

Bestattungsart

- Erdbestattung: im Wahlgrab im Reihengrab im anonymen Erdgrab
- Feuerbestattung: im (Erd-)Urnengrab im Kolumbarium in einer Urnenstelle
- Im anonymen Urnengrab meine Asche soll auf einer Aschestreuwiese
- verstreut werden: _____

Bestattungsverfügung

Name, Vorname: _____

Seebestattung

Baumbestattung

Andere Bestattungsart: _____

Bestattungsort

Ich möchte bestattet werden in _____

Grabstätte

Ich verfüge bereits über eine Grabstätte: _____

Es wird ein Grabmal gewünscht: ja nein

Das Grabmal soll wie folgt aussehen:

Der Text soll wie folgt lauten:

Ich wünsche, dass die Gestaltung und Inschrift des Grabmals durch meine Angehörigen festgelegt werden.

Ein Grabpflegevertrag soll geschlossen werden.

Ein Grabpflegevertrag liegt: _____

Aussehen des Sarges / der Urne:

Einkleidung meines toten Körpers:

Bestattungsverfügung

Name, Vorname: _____

Trauerfeier

- Ich wünsche keine Trauerfeier
- Ich wünsche eine Trauerfeier
- Ich wünsche eine Trauerfeier am Grab
- Ich wünsche eine Trauerfeier vor der Beisetzung
- Ich wünsche eine Trauerfeier vor der Kremation (bei einer Feuerbestattung)

Teilnehmer

- Ich wünsche eine Trauerfeier im engsten Familienkreis
- Ich wünsche eine Trauerfeier mit Freunden und Bekannten
- Ich wünsche eine öffentliche Trauerfeier
- Die Feier soll keine Aufbahrung meines Leichnams beinhalten
- Die Feier soll eine Aufbahrung beinhalten

Kirchlicher Beistand und Trauerfeierrede

- Ich wünsche keinen religiösen Beistand
- Ich wünsche Kirchenbeistand

Name des Glaubensgemeinschaft: _____

- Es soll eine Trauerfeierrede abgehalten werden

Inhalte der Trauerrede:

Name: _____

Vorname bzw. Rufname / Kosenname: _____

Geburtsname: _____ geboren am: _____

Wohnort: _____ Straße, Hausnummer: _____

Eltern / Pflegeeltern / Stiefmutter / Stiefvater: _____

Adresse:

Geburtsort:

Bestattungsverfügung

Name, Vorname: _____

Geschwister (Geschwisterfolge mit Vorname und Geburtsjahr): noch lebend? ja nein

Kindheit, Schulzeit, Jugend (Besondere Erlebnisse / Umstände):

Schulabschluss, Studium (Wann, Wo?):

Erlernte/r Beruf/e (Lehre, wo gearbeitet - evtl. von bis, wann Ruhestand / Rente?):

Heirat/en, Lebenspartnerschaft/en:

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Wo geheiratet?: _____ Falls geschieden oder verstorben: Wann? _____

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Wo geheiratet?: _____ Falls geschieden oder verstorben: Wann? _____

Wann und wo haben Sie Ihr/n Partner/in kennengelernt?

Bestattungsverfügung

Name, Vorname: _____

Kinder (Reihenfolge mit Vorname und Geburtsdatum):

Enkel und Urenkel (Reihenfolge mit Vorname und Geburtsdatum):

Mein Lebensmotto:

Prägende Lebenserfahrungen: Krieg (Teilnahme), Vertreibung, Krankheit, Schicksalsschläge:

Wichtige Begleiter auf meinem Lebensweg (Freunde, Arbeitskollegen, Haustiere):

Hobbys, Sport, gemeinsame Beschäftigung mit Familie - Freunde:

Bestattungsverfügung

Name, Vorname: _____

Mitgliedschaft in Vereinen (Tätigkeit, Position, Sponsor):

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

Was ist Ihnen noch wichtig zu erwähnen?

Musik

- Ich wünsche keine Musik
- Es soll folgende Musik von einem Tonträger abgespielt werden

Interpret/Titel (wenn bereits bekannt): _____

- Ich wünsche Livemusik (Trauerfeiersänger, Chor, Musiker)

Name (wenn bereits bekannt): _____

Blumenschmuck

- Ich wünsche keinen Blumenschmuck
- Ich wünsche Blumenschmuck für den Sarg /Urne
- Ich wünsche Blumenschmuck für das Grab. Folgende Blumen (wenn bereits bekannt):

- Anstelle von Kränzen und Blumen sind Spenden an folgende Organisation zu richten:

Bestattungsverfügung

Name, Vorname: _____

Zeitungsanzeigen

- Ich wünsche keine Zeitungsanzeige
- Ich wünsche eine Anzeige in Zeitung (wenn bereits bekannt):

- Anzeigentext (wenn bereits bekannt):

Trauerkarten

- Ich wünsche keine Trauerkarten
- Ich wünsche Trauerkarten mit folgendem Motiv (wenn bereits bekannt):

- Sonstige Wünsche für die Bestattung:

Finanzielle Absicherung

- Meine Bestattung ist finanziell abgesichert durch einen Vorsorgevertrag.
- Meine Bestattung ist finanziell abgesichert durch eine Vorsorgeversicherung.
- Meine Bestattung ist finanziell abgesichert durch ein Sparkonto.

Institut: _____

Vertragsnummer: _____

Sonstige Art der Absicherung: _____

Durchführung der Bestattung

- Meine Bestattung soll ein Bestattungsinstitut durchführen, das meine Angehörigen festlegen.
- Meine Bestattung soll von folgendem Bestattungsinstitut durchgeführt werden.

Name des Bestattungsinstituts: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Bestattungsverfügung

Name, Vorname: _____

Organisation der Bestattung

Ich beauftrage folgende Person mit der Organisation meiner Bestattung und bevollmächtige diese Person, alle offenen Fragen bezüglich der Bestattung zu klären (nur auszufüllen, wenn eine bestimmte Person die Bestattung organisieren soll):

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Ort

Telefon

Weitere Dokumente

Ich habe ein Testament erstellt, welches an folgendem Ort hinterlegt ist:

Mein Familienstammbuch, mein Ausweis und meine Krankenkassenkarte sind zu finden:

Ich habe eine Liste der Trauergäste erstellt, sie ist zu finden:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben aus freiem Willen und ohne äußeren Druck gemacht habe und ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Von allen Beteiligten erwarte ich, dass dieser Verfügung in jedem Falle Folge geleistet wird. Sollte eine Bestimmung nicht möglich, oder eine Situation nicht hinreichend beschrieben sein, so soll mein aus meinen Dokumenten hervorgehender, mutmaßlicher Wille umgesetzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Verfügende/r

Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:

Name, Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:

Name, Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: _____

Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege):

Aktualisierung der Einträge

Bitte überprüfen Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens bei einer persönlichen oder gesundheitlichen Änderung, Ihre Angaben. Bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift und das jeweilige Datum Ihre Angaben.

Datum	Unterschrift

Beratungsangebote

Mit dem Seniorenrat der Stadt finden die älteren Bürger einen Ansprechpartner für alle Belange sowie die Möglichkeit, sich selbst aktiv in der Seniorenpolitik zu engagieren. Zweimal jährlich gibt der Rat ein Veranstaltungsprogramm heraus, das in seiner ganzen Vielfalt auch die komplette Bandbreite des Seniorenlebens widerspiegelt. Das Programmheft ist bei uns im Stadtbüro kostenlos erhältlich.

Seniorenrat Bad Windsheim

Erika Reichert

Erste Vorsitzende

Ostpreußen Str. 3, 91438 Bad Windsheim

☎ 09841 6016030 📠 0160 8559540 ✉ Erika.Reichert@seniorenrat-bad-windsheim.de

Nachbarschaftshilfe Bad Windsheim

Die Nachbarschaftshilfe springt ein, wenn andere Hilfssysteme nicht mehr greifen und kann dadurch kurzfristig zur Lösung eines Problems beitragen. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unterstützen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Einkaufen oder der Versorgung eines Haustieres, bei Schriftverkehr, begleiten zu Arztbesuchen oder betreuen Senioren und Kinder. Nicht übernommen werden können pflegerische Tätigkeiten, fachhandwerkliche Leistungen oder juristische und ärztliche Beratung. Die ehrenamtliche Unterstützung unterliegt der Schweigepflicht und ist unentgeltlich. Nur bei Fahrten zu z. B. Arztbesuchen außerhalb von Bad Windsheim sind 30 Cent pro Kilometer an den Helfer oder die Helferin zu entrichten. Melden Sie sich gerne, wenn Sie Bedarf haben oder selbst Hilfe anbieten möchten.

☎ 0173 3144971 ✉ nachbarschaftshilfe@bad-windsheim.de

Beratungsangebote

Darüber hinaus bieten Ihnen die nachfolgenden Vereine Einzelberatungen und Vorträge über Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung an.

Arbeiterwohlfahrt AWO

Ortsverband Bad Windsheim
Heiko Glockauer, Bad Windsheim
Telefon: 09841 7989
E-Mail: awobadwindsheim@gmail.com

ASB Bad Windsheim e. V.

bietet „Essen auf Rädern / fahrbaren Mittagstisch“, Hausnotruf, Fahrdienste, Besuchshundedienst und ambulante Pflege an.
Raiffeisenstraße 17, 91438 Bad Windsheim
Telefon: 09841 6690-0
Internet: www.asb-die-samariter.de

Bayerisches Rotes Kreuz - Kreisverband Neustadt a.d. Aisch - Bad Windsheim

Ambulanter Pflegedienst:

Grund- und Behandlungspflege, Kurzzeitpflege, Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen, Hauswirtschaftliche Versorgung wie einkaufen, kochen oder reinigen der Wohnung, Betreuung und Hilfe bei der Alltagsgestaltung
An der Bleiche 1, 91413 Neustadt a.d. Aisch
Telefon: 09161 8877-77
Internet: www.brk-nea-bw.de

Betreuungsverein der Lebenshilfe Neustadt/Aisch-Bad Windsheim e.V.

Hagelsteingasse 2, 91438 Bad Windsheim
Telefon: 09841/68251911, Fax: 09841/6825 19 20
E-Mail: catja.schuehlein.bv@lebenshilfe-badwindsheim.de

Beratungsangebote

Caritasverband Scheinfeld und Landkreis Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim e. V.

Ansbacher Straße 6, 91413 Neustadt a.d. Aisch

Telefon: 09161 8889-0 (Montag bis Freitag, 9 bis 12 Uhr; Montag bis Donnerstag, 14 bis 16 Uhr)

Internet: www.caritas-nea.de

E-Mail: info@caritas-nea.de

Sozialstation / Ambulanter Pflegedienst:

Beratung zu Pflege, Leistungsansprüchen und Kosten; Grund- und Behandlungspflege; zusätzlich hauswirtschaftliche Versorgung; Viertel- und halbjährliche Pflegeeinsätze bei Beziehung des Pflegegeldes; Hilfe im Haushalt und beim Einkaufen; Hausnotruf;

Telefon: 09161 8889-25

E-Mail: sozialstation@caritas-nea.de

Fachstelle für pflegende Angehörige:

Beratung und Information zu Hilfs- und Entlastungsangeboten, Demenzerkrankungen, alltägliche Sorgen und Belastungen in der Pflege.

Telefon: 09161 8889-19

Betreuungsverein:

Vermittlung und Unterstützung von (ehrenamtlich) Betreuenden, die bei Behinderung, psychischer Krankheit oder Altersverwirrtheit Aufgaben wie Gesundheitsfürsorge, Behörden- und Vermögensangelegenheiten sowie Aufenthaltsbestimmung übernehmen können. Darüber hinaus: Beratung zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung;

Telefon: 09161 88 89-15 /- 17 /-22

Familienservice Frankenhöhe – Abteilung Senioren-Assistenz

Anerkannter Betreuungsdienst der Pflegekassen in Bayern

- Pflegeberatung
- Begleitung, Betreuung
- Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige nach §45 SGB XI
- Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI
- Alltagsbegleitung, Freizeitassistenz
- Haushaltsnahe Dienstleistungen
- Begegnungs-Café dienstags von 13-17 Uhr (alle 14 Tage)

Herrngasse 5, 91438 Bad Windsheim

Telefon: 09841 9040495, Mobil: 0170 6602504

E-Mail: kontakt@familienservice-frankenhoehe.de

Internet: www.familienservice-frankenhoehe.de

Beratungsangebote

Hospizverein Bad Windsheim e. V.

Beratung bei der Pflege von schwerstkranken Angehörigen; Begleitung dieser durch ausgebildete Hospizhelfende; Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zur spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV) am Klinikum Ansbach; Gesprächskreis für Trauernde; Unterstützung Ehrenamtlicher, die Bewohnende in Bad Windsheimer Senioreneinrichtungen besuchen möchten; Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht;

Krämergasse 2, 91438 Bad Windsheim

Telefon: 0175 80 31 819 (weitere Kontakte über Website)

E-Mail: info@hospizverein-bad-windsheim.de

Internet: www.hospizverein-bad-windsheim.de

Notariat Bad Windsheim

Beratung zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung und zur Testamentserstellung

Berliner Straße 69, 91438 Bad Windsheim

Telefon: 09841 2098

Unter dem Titel „Erben und Vererben - Grundzüge des Erbrechts“ bietet Notarin Monika Bauer zudem regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Volkshochschule Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim einen Vortrag an. Mehr zur VHS unter „Erwachsenenbildung“ unter www.vhs-nea-bw.de

Projekt „Strohalm“ e. V.

Bietet schnell und unbürokratisch Hilfe in Notsituationen.

Ulrike Eberlein, Mobil: 0160 98064254

E-Mail: projekt-strohalm@web.de

Sozialverband VdK

Der VdK ist Bayerns größter Sozialverband und ein starker Partner bei den Themen Rente, Krankheit, Pflege, Behinderung und Erwerbsminderung.

Auskunft und Beratung in der VdK-Kreisgeschäftsstelle, Bamberger Str. 33, 91413 Neustadt,

Telefon: 09161 815330

E-Mail: kv-neustadt-aisch@vdk.de

Internet: www.bayern.vdk.de/vor-ort/ov-bad-windsheim/

Ortsverband Bad Windsheim

Hans Henninger, Ickelheim, Telefon: 09841 4549

Elisabeth Dehner, Bad Windsheim, Telefon: 09841 4505

Brunhilde Singenstreu, Bad Windsheim, Telefon: 09841 7024

Beratungsangebote

Zentrale Diakoniestation im Raum Neustadt a.d. Aisch

Internet: www.diakonie-neustadt-aisch.de

Ambulanter Pflegedienst:

Grund- und Behandlungspflege, Pflegekurse für pflegende Angehörige, Palliativpflege mit gerontopsychiatrischen Fachkräften

Zuständig für Bad Windsheim: Diakoniestation Gollach / Obere Aisch, Bahnhofstraße 19, 97215 Uffenheim

Telefon: 09842 9530690

Fachstelle für pflegende Angehörige:

Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten und Pflegebedürftigkeit, Hilfs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Leistungen der Pflegeversicherung, Umgang mit Demenz, sozialrechtliche Leistungen bei persönlicher und psychischer Belastung.

Telefon: 09161 8995-23 (montags und mittwochs 9 bis 11 Uhr)

Übersicht über Defibrillatoren-Standorte in Bad Windsheim

Defi-Standorte Bad Windsheim und Ortsteile

- Tourist-Info, Rathaus-Arkaden Marktplatz
- Öffentliche Toiletten, Schüsselmarkt
- Rathaus, Marktplatz 1
- Raiffeisenbank, Am Bahnhofsplatz 1
- ARCD Auto- und Reiseclub Deutschland, Oberntiefer Straße 20
- Wirtschaftsschule, Galgenbuckweg 3
- Mittelschule (Sporthalle und Lehrerzimmer), Galgenbuckweg 7
- Pastorius-Grundschule (Sporthalle), Friedensweg 8a
- Georg-Wilhelm-Steller-Gymnasium, Friedensweg 24
- RBW Seniorenresidenz Bad Windsheim, Erkenbrechtallee 33
- Kur- und Kongress-Center Bad Windsheim, Erkenbrechtallee 2
- Fränkisches Freilandmuseum, Eisweiherweg 1
- ARVENA Reichsstadthotel, Pastoriusstraße 5
- Sparkasse, SB-Foyer 24/7, Pastoriusstraße 9-11
- Stadtwerke Bad Windsheim, Vorm Rothenburger Tor 2
- AWO-Klinik zur Solequelle, Zur Solequelle 2
- Zahnärzte am Neumühlenweg, Neumühlenweg 9
- Waaghaus der Dorfgemeinschaft Ickelheim, Hauptstraße 36
- Waaghaus Lenkersheim, Steingasse 3
- Humprechtsau, Bushäuschen an der Kirche, Ortsmitte
- Feuerwehrhaus Kilsheim, Westseite

Bitte beachten Sie, dass weitere Defibrillatoren dazukommen können, die Liste ist dann nicht mehr vollständig.

Eine Übersichtskarte zu den Defi-Standorten finden Sie auf der nächsten Seite.

IMPRESSUM

Herausgeber: Stadt Bad Windsheim

Bearbeitung: Stadt Bad Windsheim / Quartiersmanagement, Marktplatz 1, 91438 Bad Windsheim
Tel. 09841 6689-0, E-Mail: info@bad-windsheim.de

Bildnachweise: Stadt Bad Windsheim

Einige grafische Elemente (z. B. Piktogramme) stammen aus der Canva-Bibliothek (www.canva.com) und wurden gemäß den Lizenzbedingungen verwendet.

1. Auflage, 100 Stück, Oktober 2025

Die Stadt Bad Windsheim übernimmt für die Vollständigkeit und korrekte Wiedergabe von Telefonnummern oder anderen Angaben keine Gewähr.

Die vorliegende Notfall- und Vorsorgemappe wurde mit Mitteln des Förderprogramms "Demografiefeste Kommune" des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen und für Heimat finanziell unterstützt.

gefördert durch

Bayerisches Staatsministerium
der Finanzen und für Heimat



DEMOGRAFIEFESTE
KOMMUNE

