Landkreis
Schwandorf

# Notfallmappe
# für

| Name, Vorname |
| --- |
| |

## Vorwort



Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

ein Unfall oder eine schwere Krankheit können uns alle völlig unvorbereitet treffen. In einem medizinischen Notfall zählt jede Sekunde. Umso wichtiger ist es, gut darauf vorbereitet zu sein – und genau hierbei unterstützt Sie die Notfallmappe des Landkreises Schwandorf.

Die Broschüre bündelt wichtige Notrufnummern und bietet Platz für Ihre medizinischen Daten, Versicherungen sowie Kontakte für den Ernstfall. Dieses Angebot richtet sich an Menschen jeden Alters, denn für Vorsorge ist man nie zu jung.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die Mappe auszufüllen und halten Sie die Einträge aktuell. Bewahren Sie das Dokument an einem leicht auffindbaren Ort auf und informieren Sie Ihre Angehörigen darüber. Damit schenken Sie Ihren Liebsten im Ernstfall wertvolle Orientierung und Sicherheit.

Ich hoffe, diese Notfallmappe gibt Ihnen ein gutes Gefühl der Sicherheit. Gleichzeitig wünsche ich Ihnen von Herzen, dass sie niemals zum Einsatz kommen muss.

Gerne können Sie die Broschüre auch an Freunde und Nachbarn weiterempfehlen. Sie steht auf unserer Website (https://www.landkreis-schwandorf.de/Familie-Soziales-Gesundheit/Senioren-und-GutePflegeLotsin/ ) zum online Ausfüllen und Ausdrucken bereit, liegt kostenlos im Landratsamt aus oder wird Ihnen auf Wunsch gerne zugeschickt.

Mit herzlichem Gruß und bestem Dank für Ihr Interesse



Thomas Ebeling

Landrat

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:**

Landratsamt Schwandorf
Fachstelle für Senioren
Wackersdorfer Str. 80
92421 Schwandorf

Tel. 09431/471-675 oder 471-392
E-Mail: cornelia.kiener@landkreis-schwandorf.de

# Persönliche Daten

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

| | |
|---|---|
| Familienstand | Ehegatte: Name, Vorname/n |
| evtl. früherer Name des Ehegatten | |
| Wohnung des Ehegatten | |
| Telefonnummer des Ehegatten | Handy des Ehegatten |
| Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils | |

- Kopie des Personalausweises
- Passwörter aufschreiben und an einem sicheren Ort aufbewahren

Raum für weitere Anmerkungen:

# Im Notfall zu benachrichtigen:

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

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

# Im Notfall zu beachten:

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

| Sonstiges |
|---|

# Wichtige Rufnummern:

| | |
|---|---|
| **Polizei** (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall) | **110** |
| **Feuerwehr** | **112** |
| **Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst** | **112** |
| **Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern**<br>(in nicht lebensbedrohlichen Fällen) | **01805/116117** |
| **Giftnotrufzentrale München** | **089/19240** |
| **Giftnotrufzentrale Nürnberg** | **0911/398-2451** |
| **Stadt-/Gemeindeverwaltung** | |
| **Sozialstation/Krankenhaus** | |
| **Betreuungsstelle Landratsamt Schwandorf** | **09431/471-277 oder 471-125** |
| **Hotline zu allen Fragen der Pflege**<br>(Montag bis Freitag von 09:00 bis 18:00 Uhr) | **0800/7721111 und 03020179131** |
| **EC-Kartensperrung** | **116116** |
| **Handy-Notfallnummer ICE** | |
| **Stromversorgung E.ON Bayern - Störungsnummer** | **0180/2192091** |
| **Wasserversorgung - Störungsnummer** | |
| **Verbraucherschutz-Verbraucherberatung Regensburg** | **0941/516 04** |
| **Verbraucherschutz-Verbraucherberatung Schwandorf**<br>(nur Dienstag vormittags) | **09431/452 90** |
| **Verbraucherzentrale Bayern e. V. München** | **089/5527940** |
| **Apotheken-Notdienstfinder** vom Handy ohne Vorwahl<br>vom Festnetz | **22833**<br>**0800/0022833** |
| | |

# Hausarzt:

| | |
|---|---|
| Name der Praxis | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Telefonnummer | Handy |

## Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

| | |
|---|---|
| Name und Anschrift der Praxis | |
| Fachrichtung | Telefonnummer |

| | |
|---|---|
| Name und Anschrift der Praxis | |
| Fachrichtung | Telefonnummer |

| | |
|---|---|
| Name und Anschrift der Praxis | |
| Fachrichtung | Telefonnummer |

# Apotheke:

| | |
|---|---|
| Name und Ort der Apotheke | |
| Telefonnummer | Telefax |

# Mein ambulanter Pflegedienst:

| | |
|---|---|
| Name und Ort des Pflegedienstes | |
| Telefonnummer | Telefax |

# Ärztliche Behandlungen - ambulant -

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

# Medikamente

| Name des Medikaments | Einnahmezeit | | | |
|---|---|---|---|---|
| | morgens | mittags | abends | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.):

| | |
|---|---|
| ☐ Ja ☐ Nein | Falls ja, welche: |

## Zahnärztliche Behandlungen

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

## Klinische Behandlungen - stationär -

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

# Weitere medizinische Daten:

| | |
|---|---|
| **Blutgruppe** | |

| | |
|---|---|
| **Impfungen** | ☐ **Ja** ☐ **Nein** |
| Impfbuch vorhanden | ☐ Ja ☐ Nein |
| Impfbuch befindet sich | |
| Impfung gegen | |

| | |
|---|---|
| **Allergien** | ☐ **Ja** ☐ **Nein** |
| Allergiepass vorhanden | ☐ Ja ☐ Nein |
| Allergiepass befindet sich | |
| Allergien/ Medikamtenunverträglichkeiten gegen | |

| | |
|---|---|
| **Diabetes** | ☐ **Ja** ☐ **Nein** |
| Insulin | ☐ Ja ☐ Nein |
| Tabletten | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ausweis vorhanden | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ausweis befindet sich | |

| | |
|---|---|
| **Anfallsleiden** | ☐ **Ja** ☐ **Nein** |
| nähere Beschreibung | |

# Weitere medizinische Daten:

| | |
|---|---|
| **Schwerbehinderungen** | ☐ **Ja** ☐ **Nein** |
| Grad der Behinderung | |

| | |
|---|---|
| **Implantate** | ☐ **Ja** ☐ **Nein** |
| Art des Implantats<br>(z. B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.) | |

| | |
|---|---|
| **Transplantationen** | ☐ **Ja** ☐ **Nein** |
| Art der Transplantation und weitere Angaben | |

| | |
|---|---|
| **Organspendeausweis** | ☐ **Ja** ☐ **Nein** |
| Ausweis befindet sich | |

| | |
|---|---|
| **Sonstiges** | |

# Krankenversicherung/en

## Gesetzliche Krankenkasse

| | |
|---|---|
| **Name der Krankenkasse** | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Nr. der Versichertenkarte | |
| Versichertenkarte befindet sich | |

## Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Weitere Versicherungen

## Lebensversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Begünstigter | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Unfallversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Weitere Versicherungen

## Privathaftpflichtversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Hausratversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Feuerversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Weitere Versicherungen

## Gebäudeversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Privatrechtschutzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Verkehrsrechtschutzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Weitere Versicherungen

## Kraftfahrzeugversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |
| versichertes Fahrzeug | |

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |
| versichertes Fahrzeug | |

## Insassenunfallversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| **örtl. Versicherungsagentur** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Weitere Versicherungen

## Sonstige Versicherungen

| | |
|---|---|
| **Wichtige Angaben:**<br>Versicherungsart, Versicherungsgesellschaft (Anschrift / Agentur), Versicherungsnummer | |

## Folgende Versicherungen können gekündigt werden:

| | |
|---|---|
| a) | |
| b) | |
| c) | |
| d) | |
| e) | |

# Rente / Versorgung

## Gesetzliche Rentenversicherung

| | |
|---|---|
| **Rentenversicherungsträger** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Bescheid/e vom | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Zusatzversicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Versicherungsgesellschaft** (Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Versicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Beamtenversorgung

| | |
|---|---|
| **Pensionsfestsetzende Behörde** | |
| Telefonnummer | |
| Personalnummer/ Aktenzeichen | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Regelmäßige staatliche Leistungen

## z. B. Grundsicherung im Alter, Wohngeld usw.

| **Art der Leistung** | |
|---|---|
| Aktenzeichen | |
| Bescheid/e vom | |
| Unterlagen befinden sich | |

| **Art der Leistung** | |
|---|---|
| Aktenzeichen | |
| Bescheid/e vom | |
| Unterlagen befinden sich | |

| **Art der Leistung** | |
|---|---|
| Aktenzeichen | |
| Bescheid/e vom | |
| Unterlagen befinden sich | |

| **Art der Leistung** | |
|---|---|
| Aktenzeichen | |
| Bescheid/e vom | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

| | |
|---|---|
| **Steuernummer** | |
| **Steuer-Identifikationsnummer** | |

# Erwerbstätigkeit

## als Arbeitnehmer

| | |
|---|---|
| **Arbeitgeber**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Personalnummer | |
| Sozialversicherungsnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## als Selbständiger (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft)

| | |
|---|---|
| **Art der Selbständigkeit** | |
| Anschrift der Firma | |
| zuständiges Finanzamt | |
| Handelsregister | |
| weitere Angaben | |

## Nebenberuf / Nebenbeschäftigung

| | |
|---|---|
| **Beschreibung der Tätigkeit** | |
| weitere Angaben | |

# Finanzen

## Girokonten

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

## Sparkonten

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |
| Sparbuch befindet sich | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |
| Sparbuch befindet sich | |

# Finanzen

## Weitere Konten

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Art des Kontos | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Art des Kontos | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Art des Kontos | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

# Finanzen

## Wertpapierdepots

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| Depotnummer | |
| BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| Depotnummer | |
| BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| Depotnummer | |
| BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

## Bankschließfach

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| Schließfachnummer | |
| BIC | |
| zusätzlich verfügungsberechtigt | |

# Finanzen

## Bausparverträge

| | |
|---|---|
| **Bausparkasse**<br>(Name und Anschrift) | |
| Bausparnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Bausparkasse**<br>(Name und Anschrift) | |
| Bausparnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

## Vollmachten

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

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Vollmacht ausgestellt für | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Vollmacht ausgestellt für | |

| | |
|---|---|
| **Geldinstitut**<br>(Name und Anschrift) | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Vollmacht ausgestellt für | |

# Finanzen

## Verbindlichkeiten

| | |
|---|---|
| **Darlehensgeber**<br>(Name und Anschrift) | |
| Betrag | |
| Fälligkeit | |
| Tilgung | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Darlehensgeber**<br>(Name und Anschrift) | |
| Betrag | |
| Fälligkeit | |
| Tilgung | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Darlehensgeber**<br>(Name und Anschrift) | |
| Betrag | |
| Fälligkeit | |
| Tilgung | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Grund- und Immobilieneigentum

| | |
|---|---|
| **Art des Grundbesitzes**<br>(z. B. Wiese, Wald, Fischteich)<br>bzw.<br>**Art der Immobilie**<br>(z. B. Wohnhaus, Garage) | |
| Anschrift | |
| Flur-Nr. / Gemarkung | |
| Angaben zum Grundbucheintrag<br>(Amtsgericht,<br>Datum des Eintrags) | |
| Eigentumsverhältnis | ☐ Alleineigentümer ☐ Miteigentümer |
| Name/Anschrift Miteigentümer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Art des Grundbesitzes**<br>(z. B. Wiese, Wald, Fischteich)<br>bzw.<br>**Art der Immobilie**<br>(z. B. Wohnhaus, Garage) | |
| Anschrift | |
| Flur-Nr. / Gemarkung | |
| Angaben zum Grundbucheintrag<br>(Amtsgericht,<br>Datum des Eintrags) | |
| Eigentumsverhältnis | ☐ Alleineigentümer ☐ Miteigentümer |
| Name/Anschrift Miteigentümer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Bestehende Verträge

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

| | |
|---|---|
| **Vertragsgegenstand** | |
| **Vertragspartner**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Vertragsgegenstand** | |
| **Vertragspartner**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Vertragsgegenstand** | |
| **Vertragspartner**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Vertragsgegenstand** | |
| **Vertragspartner**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Bestehende Abonnements

## z. B. Zeitung, Zeitschriften, Bücher usw.

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

| | |
|---|---|
| **Abonnement für** | |
| **Vertragspartner**<br>(Name und Anschrift) | |
| Telefonnummer | |
| Unterlagen befinden sich | |

# Fahrzeug/e

| | |
|---|---|
| **Fahrzeugart**<br>( z. B. PKW, LKW, Motorrad) | |
| Hersteller, Typ | |
| amtliches Kennzeichen | |
| regelmäßiger Standort | |

| | |
|---|---|
| **Fahrzeugart**<br>( z. B. PKW, LKW, Motorrad) | |
| Hersteller, Typ | |
| amtliches Kennzeichen | |
| regelmäßiger Standort | |

| | |
|---|---|
| **Fahrzeugart**<br>( z. B. PKW, LKW, Motorrad) | |
| Hersteller, Typ | |
| amtliches Kennzeichen | |
| regelmäßiger Standort | |

| | |
|---|---|
| **Fahrzeugart**<br>( z. B. PKW, LKW, Motorrad) | |
| Hersteller, Typ | |
| amtliches Kennzeichen | |
| regelmäßiger Standort | |

# Haustiere

| | |
|---|---|
| **Haustier**<br>(Art und Name des Haustiers) | |
| Kann von folgender Person versorgt werden | |

| | |
|---|---|
| **Haustier**<br>(Art und Name des Haustiers) | |
| Kann von folgender Person versorgt werden | |

| | |
|---|---|
| **Haustier**<br>(Art und Name des Haustiers) | |
| Kann von folgender Person versorgt werden | |

| | |
|---|---|
| **Haustier**<br>(Art und Name des Haustiers) | |
| Kann von folgender Person versorgt werden | |

| | |
|---|---|
| **Haustier**<br>(Art und Name des Haustiers) | |
| Kann von folgender Person versorgt werden | |

# Mitgliedschaften

## in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs, usw.

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Ansprechpartner**<br>(Name und Anschrift) | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Ansprechpartner**<br>(Name und Anschrift) | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Ansprechpartner**<br>(Name und Anschrift) | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Ansprechpartner**<br>(Name und Anschrift) | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Ansprechpartner**<br>(Name und Anschrift) | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Ansprechpartner**<br>(Name und Anschrift) | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Ansprechpartner**<br>(Name und Anschrift) | |

| | |
|---|---|
| **Mitglied bei** | |
| **Ansprechpartner**<br>(Name und Anschrift) | |

# Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.
  (Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummern-beleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Liste der bisher einzunehmenden Medikamente
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienst/Notrufdienst benachrichtigen

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Ich habe eine:** | **Betreuungsvollmacht** | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| | **Patientenverfügung** | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |

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

Ich habe eine ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht

| | |
|---|---|
| Mein Name: | |
| Anschrift: | |

**Meine Vertrauensperson ist:**

| | |
|---|---|
| Name: | |
| Anschrift und Telefon: | |

Ich habe eine ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht

| | |
|---|---|
| Mein Name: | |
| Anschrift: | |

**Meine Vertrauensperson ist:**

| | |
|---|---|
| Name: | |
| Anschrift und Telefon: | |

# Für den Todesfall

**Mein Testament ist hinterlegt bei:**

| | |
|---|---|
| **Name** | |
| **Anschrift** | |

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

1. Bei Todesfällen zu Hause oder an Wochenenden Ärztlichen Sonntagsdienst wegen Ausstellung des Leichenschauscheines benachrichtigen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird dies von dort übernommen.

2. Nächste Angehörige benachrichtigen.

3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.

4. Termin für Beisetzung mit Stadtverwaltung, danach mit Pfarrer abklären.

5. Überlegen, ob Aschenbeisetzung oder Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab.

6. Am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus.
   Bitte mitnehmen:
   - Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
   - Leichenschauschein
   - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
   - Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
   - Alle Rentenbescheide des/der Verstorbenen
   - Krankenversicherungskarte

7. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Stadtverwaltung
   - der Tag der Beisetzung bestätigt, die Lage des Grabes festgelegt
   - auf Wunsch, der Organist/die Organistin für die Trauerfeier festgelegt
   - vorab der Träger der Rentenversicherung (LVA oder BfA) informiert
   - bei anderen Rentenversicherungsträgern Hilfe angeboten
   - der Termin für die Beantragung von Witwen- oder Witwerrenten festgelegt

**Diese vorgenannten Tätigkeiten können Sie auch einem Bestattungsunternehmen übertragen!**

8. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben

9. Kopien von Sterbeurkunden an private Lebens- und Sterbe-versicherungen senden

10. Rücksprache mit zuständigen Kreditinstituten wegen zukünftiger Kontenführung

11. Kündigung laufender Verträge und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsaufträge

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

13. Evtl. Danksagungen bei den Tageszeitungen aufgeben

**Nachlassangelegenheiten:**

- sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.

- dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird

**Meine persönlichen Vorstellungen für eine Beerdigung:**

# Checkliste "Erste Schritte bei Eintritt eines Todesfalls"

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

1. Todesfall zu Hause: (Haus-) Arzt benachrichtigen der den Totenschein ausstellt!

2. Egal, ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht:
   Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:
   - Personalausweis und/oder Reisepass
   - Totenschein
   - Geburtsurkunde
   - Heiratsurkunde
   - ggf. Scheidungsurteil
   - ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
   - Versichertenkarte, Versicherungspolicen: Lebens-, Sterbegeld-/ Unfallversicherung
   - Post-/Bankvollmacht über den Tod hinaus
   - Mitteilung der letzten Rentenanpassung
   - Falls vorhanden Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag

3. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:
   - Abmeldung der/des Verstorbenen bei der zuständigen Meldebehörde
   - ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
   - Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
   - Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde
   - Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.
   - Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften etc.)
   - Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pacht-verträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträge, Versicherungen
   - ggf. Haushaltsauflösung veranlassen

4. Zu organisieren sind:
   - Friedhofswahl
   - Überführung des Leichnams
   - Art der Bestattung
   - Trauerfeier
   - Beantragung von Sterbegeldern und Beihilfen bei Krankenkassen, Versicherungen
   - Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
   - Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
   - ggf. Pflegedienst benachrichtigen

## Notizen

Bitte hier abtrennen!.....Bitte hier abtrennen!.....Bitte hier abtrennen!.....Bitte hier abtrennen!

# Anlage - Bitte gesondert an einem sicheren Ort aufbewahren!

## Soziale Netzwerke und Internet-Zugänge

### facebook, twitter usw.

| | |
|---|---|
| **Soziales Netzwerk, Internetzugang** | |
| Zugangsdaten/ Benutzername | |
| Passwort | |

| | |
|---|---|
| **Soziales Netzwerk, Internetzugang** | |
| Zugangsdaten/ Benutzername | |
| Passwort | |

| | |
|---|---|
| **Soziales Netzwerk, Internetzugang** | |
| Zugangsdaten/ Benutzername | |
| Passwort | |

| | |
|---|---|
| **Soziales Netzwerk, Internetzugang** | |
| Zugangsdaten/ Benutzername | |
| Passwort | |

| | |
|---|---|
| **Soziales Netzwerk, Internetzugang** | |
| Zugangsdaten/ Benutzername | |
| Passwort | |