



**STADT  
ASCHAFFENBURG**

# Notfallmappe

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---



**STADT ASCHAFFENBURG**

**GLEICHSTELLUNGSSTELLE**  
BESCHWERDESTELLE NACH DEM  
ALLG. GLEICHBEHANDLUNGSGESETZ

Kontakt:  
Pfaffengasse 11  
63739 Aschaffenburg  
Telefon 06021 3301418  
Email: [gleichstellungsstelle@aschaffenburg.de](mailto:gleichstellungsstelle@aschaffenburg.de)

## Vorwort

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

mit ausdrücklicher Genehmigung der Seniorenstelle des Landkreises Kehlheim durfte deren Muster-Notfallmappe als Vorlage für eine eigene Mappe der Stadt Aschaffenburg verwendet werden.

Die ausgefüllte Mappe sollte für Angehörige leicht auffindbar sein (z. B. neben dem Telefon(-buch). Informieren Sie bitte auch Freundinnen/Freunde sowie Nachbarinnen/Nachbarn über den Aufbewahrungsort Ihrer Notfallmappe.

Mit der aktualisierten Notfallmappe haben Sie die Ihnen wichtigen Dinge übersichtlich geregelt und erleichtern Dritten, in Ihrem Sinne zu handeln.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Hiltrud Höreth  
Leiterin der Gleichstellungsstelle

## **Inhaltsverzeichnis**

- 1. Persönliche Daten/Wichtige Rufnummern**
  - 1.1 Persönliche Daten
  - 1.2 Familie
  - 1.3 Berufliches
  - 1.4 Im Notfall zu benachrichtigen
  - 1.5 Personen, die keine Nachricht erhalten sollen
  - 1.6 Hausarzt/-ärztin, weitere behandelnde Ärzte/Ärztinnen
  - 1.7 Pflegedienst
  - 1.8 Apotheke
  - 1.9 Wichtige Rufnummern
  
- 2. Krankenversicherung/Medizinische Daten/Gesundheitszustand**
  - 2.1 Kranken- und Pflegeversicherung
  - 2.2 Behandlungen und Medikamente
  - 2.3 Notfall-Ausweise (Allergien, Impfungen)
  - 2.4 Organspendeausweis
  - 2.5 Sonstiges
  
- 3. Versicherungen**
  - 3.1 Rente/Versorgung
  - 3.2 (Gruppen-)Sterbegeldversicherung
  - 3.3 Lebensversicherung
  - 3.4 Unfallversicherung
  - 3.5 Privathaftpflichtversicherung
  - 3.6 Hausratversicherung
  - 3.7 Feuerversicherung
  - 3.8 Gebäudeversicherung
  - 3.9 Kfz-Versicherung
  - 3.10 Weitere Versicherungen
  
- 4. Vermögensaufstellung/Verbindlichkeiten**
  - 4.1 Grundbesitz
  - 4.2 Girokonten
  - 4.3 Sparkonten
  - 4.4 Weitere Konten
  - 4.5 Bausparvertrag
  - 4.6 Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände
  - 4.7 Vollmachten
  - 4.8 Verbindlichkeiten
  - 4.9 Hinweise auf bestehende Verträge
  
- 5. Fahrzeuge**
  - 5.1 Fahrzeug-/Verkehrsversicherungen

- 6. Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter**
  - 6.1 Vorsorgevollmacht
  - 6.2 Betreuungsverfügung
  - 6.3 Patientenverfügung
  - 6.4 Weitere Informationen
  
- 7. Krankenhauseinweisung**
  
- 8. Todesfall**
  
- 9. Digitaler Nachlass im Internet (neu)**

# 1. Persönliche Daten/Wichtige Rufnummern

## 1.1 Persönliche Daten

---

Name	Vorname
------	---------

---

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

---

Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
------------------	-------------

---

Telefon	Handy
---------	-------

---

Email-Adresse

---

Blutgruppe

---

Konfession	Kirchengemeinde
------------	-----------------

---

Taufe/Sonstiges

---

Familienstand	Ehegatte: Name/Vorname/n
---------------	--------------------------

---

Evtl. frühere/r Name/n des Ehegatten

---

Wohnung des Ehegatten

---

Telefonnummer des Ehegatten	Handy des Ehegatten
-----------------------------	---------------------

---

Tag und Ort der Eheschließung	Standesamt
-------------------------------	------------

## Notfallmappe

---

Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde (bei Tod des Ehegatten)

---

Güterstand, Ehevertrag

---

Verwahrung des Ehevertrags

---

Bei Scheidung: Datum, Gericht

---

Bei eingetragener Lebenspartnerschaft: Name, Vorname/n des Partners, der Partnerin

---

Vermögensstand

---

Verwahrung des Partnerschaftsvertrags

**1.2. Familie**

**Kinder und deren Kinder:** (Name, Vorname/n, Adresse, Telefonnummer)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Eltern, Geschwister:** (Name, Vorname/n, Adresse, Telefonnummer)

---

---

---

---

---

---

**1.3 Berufliches:**

---

Arbeitnehmer/in: Tätigkeit/en

---

Personalnummer

---

Name und Adresse des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin

---

Bei Selbständigkeit: Name der Firma

---

Adresse der Firma (Straße, Hausnummer)

---

Handelsregister, Finanzamt

---

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

---

Berufsunfähigkeitsversicherung

**1.4 Im Notfall zu benachrichtigen:**

---

Name Vorname

---

Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort

---

Telefon Telefax

---

Name Vorname

---

Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort

---

Telefon Telefax

Personen, die für meine Wohnung (oder sonstige Räume) Schlüssel besitzen:

---

---

---

---

---

---

**1.5 Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en:**

---

---

---

---

**1.6 Hausarzt/-ärztin:**

---

Name der Praxis/Name des Arztes/der Ärztin

---

Telefon

Telefax

**Weitere Ärzte/Ärztinnen, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:**

---

Name der Praxis/Name des Arztes/der Ärztin    Telefonnummer

---

Fachrichtung

---

Name der Praxis/Name des Arztes/der Ärztin    Telefonnummer

---

Fachrichtung

## 1.7 Pflegedienst

### Mein ambulanter Pflegedienst

---

Name	Telefonnummer
------	---------------

### Notdienst/Krankentransport

---

Name	Telefonnummer
------	---------------

## 1.8 Apotheke

---

Name der Apotheke

---

Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
------------------	-------------

---

Telefon	Telefax
---------	---------

## 1.9. Wichtige Rufnummern

<b>Rettungs-/Notarzt-/Feuerwehrnotruf</b>	<b>112</b>
<b>Polizei-notruf</b>	<b>110</b>
<b>Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern</b>	<b>01805 191212</b>
<b>Giftnotruf Nürnberg</b>	<b>0911 3982451</b>
<b>Giftnotruf München</b>	<b>089 19240</b>
<b>Polizeiinspektion Aschaffenburg</b>	<b>06021 8570</b>
<b>Telefon-Seelsorge</b>	<b>0800 1110111 oder 1110222</b>

## 2. Krankenversicherung/Medizinische Daten/ Gesundheitszustand

### 2.1 Kranken- und Pflegeversicherungen

#### Krankenversicherung

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Versicherungskarte befindet sich: \_\_\_\_\_

#### Pflegeversicherung

Name der Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich: \_\_\_\_\_

Weitere Krankenversicherungen (z.B. Krankenhaus-Zusatzversicherung):

---

---

## 2.2 Behandlungen und Medikamente

### Ärztliche Behandlungen - ambulant -

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

### Medikamente

Name des Medikamentes	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit

Blutgerinnungshemmende Substanzen:

(Marcumar etc.) \_\_\_\_\_

### Zahnärztliche Behandlungen

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

### Klinische Behandlungen – stationär –

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

### 2.3 Notfall-Ausweise (Allergien, Impfungen), Organspendeausweis, Sonstiges

**Allergien:**

---

- Allergiepass vorhanden:                      Ja     Nein
- Nachweis von Impfungen:
- Impfbuch vorhanden:                              Ja     Nein
- Der Allergiepass, das Impfbuch befinden sich:

---

## 2.4 Organspendeausweis

- Organspendeausweis vorhanden: Ja  Nein

Der Organspendeausweis befindet sich:

---

## 2.5 Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke):

---

---

---

---

### 3. Versicherungen

#### 3.1 Rente / Versorgung

a) Deutsche Rentenversicherung:

Name: .....

Adresse: .....

Vers.-Nr.: .....

b) Private Rentenversicherung:

Name: .....

Adresse: .....

Vers.-Nr.: .....

c) weitere Altersvorsorgen:

Name: .....

Adresse: .....

Vers.-Nr.: .....

d) Beamtenversorgung:

Behörde: .....

Adresse: .....

Pers.-Nr.: .....

#### 3.2 (Gruppen-)Sterbegeldversicherung:

Name:.....Örtl.zust.Vertreter/-in .....

Anschrift:.....Name:.....

.....Anschrift:.....

Vers.-Nr.:.....

#### 3.3 Lebensversicherung:

Name:.....Örtl.zust.Vertreter/-in .....

Anschrift:.....Name:.....

.....Anschrift:.....

Vers.-Nr.:.....

**3.4 Unfallversicherung:**

Name:.....Örtl.zust.Vertreter/-in .....  
Anschrift:.....Name:.....  
.....Anschrift:.....  
Vers.-Nr.:.....

**3.5 Privathaftpflichtversicherung:**

Name:.....Örtl.zust.Vertreter/-in .....  
Anschrift:.....Name:.....  
.....Anschrift:.....  
Vers.-Nr.:.....

**3.6 Hausratversicherung:**

Name:.....Örtl.zust.Vertreter/-in .....  
Anschrift:.....Name:.....  
.....Anschrift:.....  
Vers.-Nr.:.....

**3.7 Feuerversicherung:**

Name:.....Örtl.zust.Vertreter/-in .....  
Anschrift:.....Name:.....  
.....Anschrift:.....  
Vers.-Nr.:.....

**3.8 Gebäudeversicherung:**

Name:.....Örtl.zust.Vertreter/-in .....  
Anschrift:.....Name:.....  
.....Anschrift:.....  
Vers.-Nr.:.....

**3.9 Kfz-Versicherung:**

Name:.....Örtl.zust.Vertreter/-in .....  
Anschrift:.....Name:.....  
.....Anschrift:.....  
Vers.-Nr.:.....

### 3.11 Weitere Versicherungen:

.....  
.....  
.....

## 4. Vermögensaufstellung/Verbindlichkeiten

### 4.1 Grundbesitz:

Mein Grundbesitz ist eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes:.....

von.....Blatt..... und.....

Ich bin Alleineigentümer/-in bzw. Miteigentümer/-in zusammen mit:.....

.....

Die Unterlagen befinden sich .....

### 4.2 Girokonten:

Girokonto-Nr.:.....bei.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

Girokonto-Nr.:.....bei.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

### 4.3 Sparkonten:

Sparkassenbuch-Nr.:.....der Sparkasse.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

Sparbuch-Nr.:.....bei.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

Sparbuch-Nr.:.....bei.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt:.....

**4.4 Weitere Konten**

bei.....Nr.:...../Art des Kontos.....  
bei.....Nr.:...../Art des Kontos.....  
bei.....Nr.:...../Art des Kontos.....

**4.5 Bausparvertrag**

Nr.:.....bei.....  
Die Unterlagen befinden sich.....

**4.6 Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände:**

.....  
.....  
.....

**4.7 Vollmachten:**

Ich habe für folgende Konten Vollmachten über den Tod hinaus ausgestellt auf:

.....

Konto-Nr.:.....Konto-Nr.:.....

Die Vollmacht befindet sich .....

**4.8 Verbindlichkeiten**

Darlehensgeber/-in, Betrag, Fälligkeit, Tilgung

.....  
.....  
.....

Die Unterlagen befinden sich.....

**4.9 Hinweise auf bestehende Verträge**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **5. Fahrzeuge**

### **5.1 Fahrzeug-/Verkehrsversicherungen**

Die Unterlagen befinden sich

---

---

---

## 6. Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter

Es kann jedem passieren, durch Unfall, Krankheit oder Alter in der persönlichen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit eingeschränkt zu werden – und sei es auch nur vorübergehend.

Wenn Sie selbst nicht mehr in der Lage sind, wer aber soll

- in ärztliche Behandlungsmaßnahmen einwilligen,
- einen Heimvertrag abschließen,
- die Wohnung auflösen,
- Sozialleistungen und Renten beantragen,
- das Vermögen verwalten und vieles mehr.

Selbst engste Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen haben hierzu keine automatische Handlungsbefugnis. Ihnen müssen ausdrücklich rechtliche Vertretungsbefugnisse übertragen werden, die Sie ggf. vorlegen können. Sie haben zwei Möglichkeiten die spätere rechtliche Vertretung zu regeln.

### 6.1 Vorsorgevollmacht

Solange Sie noch selbst geschäftsfähig sind, können Sie mittels einer Vorsorgevollmacht eine Person Ihres Vertrauens mit der späteren Vertretung beauftragen. Sie können auch mehrere Personen als Bevollmächtigte berufen. Eine gerichtlich angeordnete und kontrollierte gesetzliche Vertretung kann so vermieden werden.

Bei der Vollmachtserteilung sollte nicht nur an Befugnisse zur Regelung finanzieller und behördlicher Dinge gedacht werden, sondern auch an die Personensorge (Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung).

Um die Gültigkeit einer Vorsorgevollmacht sicherzustellen oder Vollmachtmissbrauch auszuschließen, gilt es bestimmte Erfordernisse an Form und Inhalt zu berücksichtigen

Eine Vorsorgevollmacht kann nur erteilen, wer noch im Vollbesitz der geistigen Kräfte ist.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau .....

Anschrift .....

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich .....

.....

## 6.2 Betreuung – Betreuungsverfügung

Soweit eine gesetzliche Vertretung nicht durch Vollmacht erteilt wird, bestellt das Betreuungsgericht durch Beschluss eines gesetzlichen Vertreters/einer gesetzlichen Vertreterin (Betreuer/-in), der die innerhalb bestimmter „Aufgabenkreise“ (=Vertretungsbefugnisse) die Angelegenheiten der/des Betroffenen regelt.

Mit einer Betreuungsverfügung bestimmen Sie vorab, wer als Betreuer/-in bestellt werden soll und wie diese/r die „Betreuung“ zu führen hat.

Die in einer Betreuungsverfügung geäußerten Wünsche sind grundsätzlich verbindlich, es wird im Betreuungsverfahren aber nochmals die aktuelle Situation geprüft (Hält der/die Betroffene noch an seinen/ihren Wünschen fest? Ist der/die vorgeschlagene Betreuer/-in noch bereit und geeignet?)

Im Gegensatz zu einem/einer Bevollmächtigten steht der/die Betreuer/-in als gesetzlicher Vertretung unter Aufsicht des Betreuungsgerichtes und bedarf in vielen Angelegenheiten der Vermögenssorge einer Genehmigung.

## 6.3 Sonderstellung Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung legt man sich auf die spätere Behandlung bei schweren oder unumkehrbaren Krankheiten und Krankheitsverläufen fest (Stichwort: „Lebensverlängernde Maßnahmen“). Eine rechtliche Vertretung wird damit aber nicht geschaffen!

## 6.4 Weitere Informationen

Falls Sie noch weitere Informationen wünschen, können Sie sich selbstverständlich an die für Sie zuständige Betreuungsstelle wenden.

Informationen und Vordrucke zur rechtlichen Vorsorge können Sie auch wie folgt beziehen:

- ⇒ **Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ des Bayerischen Justizministeriums (11. Aufl., September 2009!)**  
als pdf-Datei über das Internet unter [www.justiz.bayern.de/service/broschueren](http://www.justiz.bayern.de/service/broschueren)  
im Buchhandel zu einem Preis von ca. 3,90 €,  
Verlag C.H. Beck, ISBN 3-406-54052-X  
direkt bei dem Verlag C.H.Beck, Wilhelm-Str. 9, 80801 München  
Tel.: 089/38189 750, Fax.: 089/38189 358 oder 135, Email: [bestellung@beck.de](mailto:bestellung@beck.de)
- ⇒ **Der Bayerische Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. gibt die Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ für Sehbehinderte und Blinde auf Kasette, in Punktchrift, MAXI-Druck und auf Diskette heraus.**  
Die Email-Anschrift lautet: [bit@bbsb.org](mailto:bit@bbsb.org)

## Notfallmappe

- ⇒ **Broschüre „Betreuungsrecht“ des Bundesjustizministeriums**  
die Informationsbroschüre zum Thema „Betreuung“ enthält auch Informationen und Muster für Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

**Kostenlos zu bestellen oder als pdf-Datei unter:**

[www.bundesjustizministerium.de/service/publikationen](http://www.bundesjustizministerium.de/service/publikationen)

- ⇒ **Broschüre „Patientenverfügung“ (Stand August 2009)**  
befasst sich ausschließlich mit diesem Thema und bietet ausführliche Formulierungshilfen

**Kostenlos zu bestellen oder als pdf-Datei unter:**

[www.bundesjustizministerium.de/service/publikationen](http://www.bundesjustizministerium.de/service/publikationen)

### **Bitte beachten Sie folgendes beim Ausfüllen der Formulare:**

1. Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen eine individuelle Gestaltung der Vollmacht nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen. Dies bedingt aber auch, dass **Sie sich jeweils für „Ja“ oder „Nein“ entscheiden**. Lassen Sie etwa eine Zeile unangekreuzt oder füllen versehentlich beide Kästchen aus, ist die Vollmacht in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und ungültig. Wollen Sie jeden Zweifel vermeiden, können Sie jeden Absatz mit Ihrer Unterschrift versehen. Wollen Sie in die vorgesehenen Leerzeilen nichts eintragen, so sollten Sie mit Füllstrichen den Vorwurf möglicher nachträglicher Veränderung entkräften. Bitte verwenden Sie Sorgfalt auf das Ausfüllen!
2. Die Unterschrift des/der Bevollmächtigten ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der Vollmacht. Die vorgesehene Zeile hierfür soll Sie nur daran erinnern, dass die frühzeitige Einbindung Ihrer Vertrauensperson sinnvoll ist.
3. Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie unbedingt den Rat eines/einer Rechtsanwalts/-anwältin oder Notars/Notarin suchen oder die Hilfe der Betreuungsstelle in Anspruch nehmen.

## VOLLMACHT

Ich, ..... (Vollmachtgeber/in)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

### erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

**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 werden sollte.**

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

### Gesundheitsfürsorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie/Er darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. ja  nein
- Sie/Er 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. ja  nein
- Sie/Er darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). ja  nein   
*Der Bevollmächtigte bedarf hierzu einer Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes!*
- Sie/Er darf ihre Einwilligung in oben genannte Maßnahmen verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). ja  nein
- Sie/Er ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Sie/Er darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. ja  nein

### Aufenthaltsbestimmung und Wohnungsangelegenheiten

- Sie/Er darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen ( § 1906 Abs. 4 BGB - z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich.  
*Der Bevollmächtigte bedarf hierzu einer Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes!* ja  nein
- Sie/Er darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja  nein
- Sie/Er darf einen Heimvertrag abschließen. ja  nein

### Behörden

- Sie/Er darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. ja  nein

### Vertretung vor Gericht

- Sie/Er darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. ja  nein

### Vermögenssorge

- Sie/Er 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
- Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen ja  nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja  nein
- Verbindlichkeiten eingehen ja  nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ja  nein

**Achtung:** Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken. Halten Sie diesbezüglich Rücksprache mit Ihrem Bankinstitut. Für die Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe und Immobiliengeschäfte ist eine notarielle Vollmacht erforderlich.

## Notfallmappe

### Untervollmacht

- Sie/Er darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen (z.B. Rechtsanwalt, Steuerberater, Hausverwaltung, etc.). ja  nein

### Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie/Er darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. ja  nein

### Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine rechtliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer/-in zu bestellen. ja  nein

### Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht soll über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fort gelten. ja  nein
- Weitere Regelungen, das Innenverhältnis der Vollmacht betreffend wurden auf einem gesonderten Blatt erfasst. ja  nein

.....  
(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

**Folgender Bestätigungsvermerk ist nicht zwingend, erhöht aber u. U. den Beweiswert des Dokuments)**

Der/Die Vollmachtgeber/in hat Art, Bedeutung und Tragweite der Vollmacht verstanden und ist geschäftsfähig.

.....  
Datum und Unterschrift

Arzt/Ärztin (mit Stempel)

## BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, .....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb eine Betreuerin/ein Betreuer als gesetzliche Vertreterin/gesetzlichen Vertreter für mich bestellt werden muss, folgendes fest:

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

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

oder, falls diese nicht zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden kann:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

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

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

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

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll die Betreuerin/der Betreuer beachten.
2. ....
3. ....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

## PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

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

(Zutreffendes habe ich hier  
angekreuzt bzw. unten bei-  
gefügt.)

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

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte/Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, 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 geblieben sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. *Der Bevollmächtigte bedarf hierzu einer Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes!*
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

**4. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:**

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**5. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:**

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

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

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)
- Keine Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.**

- Ich wünsche eine Begleitung

durch .....

.....  
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge .....

durch Hospizdienst .....

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

Ja  Nein

**Bevollmächtigte(r)**

Name: .....
Geburtsdatum: .....
Straße: .....
Wohnort: .....

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine  
Betreuungsverfügung erstellt. Ja  Nein

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine  
Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja  Nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

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

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

.....  
(Ort, Datum) (Unterschrift)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift

## Notfallmappe

### Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Telefax: . .....

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

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

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

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

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Aus: „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-5951 1-0.

## 7. Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben (Notruf 112)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster/Hausnummerbeleuchtung)
- Bei liegender Patientin/liegendem Patient möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

## 8. Checkliste „Erste Schritte bei einem Todesfall“

**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 den Hausarzt/die Hausärztin wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt/die Hausärztin nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird dort die Ausstellung der Todesbescheinigung übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
4. Überlegen, ob Aschenbeisetzung oder Erdbestattung im Urnen-, Reihen- oder Familiengrab, Friedwald.
5. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen.

Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:

- Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
- Todesbescheinigung
- Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
- Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
- evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet

## Notfallmappe

6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen.
9. Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen.
10. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen bei welchen für die Verstorbene/den Verstorbenen Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen.
11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ ...) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge.
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
13. Witwen-/Witwerrente beantragen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die örtliche Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung. Bei persönlicher Vorsprachen in der Beratungsstelle vereinbaren Sie unbedingt telefonisch einen Termin und bringen Sie Ihre Ausweispapiere (ggf. auch Vollmachten) mit.
14. Evtl. Danksagungen bei den Tageszeitungen aufgeben.

**Diese vorgenannten Tätigkeiten können Sie auch zum Großteil einem Bestattungsunternehmen übertragen. Dies ist natürlich mit Kosten verbunden.**

### **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 meine Beerdigung:**

Todesanzeige und Danksagung in folgender Zeitung:

.....

Trauerfeier in.....

Erdbestattung im Reihengrab, Familiengrab

Feuerbestattung mit Urnengrab, Urnenwand

Seebestattung

Anonymes Urnengrab z. B. im Friedwald

Sonstige Wünsche

Notfallmappe

**Von meinem Tod sollen benachrichtigt werden:**

Verwandte

.....  
.....  
.....  
.....

Freunde

.....  
.....  
.....  
.....

Nachbarn

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 9. Digitaler Nachlass im Internet

**Wer Mitglied in sozialen Netzwerken ist oder Online-Banking praktiziert, kann (sollte) auch Vollmachten für den eigenen „Digitalen Nachlass“ ausstellen.** Angehörige wissen in der Regel nicht, was der/die Verstorbene auf der Computer-Festplatte hatte, ob kostenpflichtige Online-Dienste gekündigt oder Bestellaufträge storniert werden müssen.

**Es gibt bisher keine einheitlichen Regelungen der Internet-Dienste, welche Zugriffsrechte Erben/Erbinen bei Vorlage der Sterbeurkunde gestattet werden.**

**Sollen Erben/Erbinen Zugriff auf bestimmte Daten erhalten, müssen die Nutzer/-innenkonten und Passwörter gut zugänglich und ersichtlich hinterlassen werden.**

Aus diesem Grund sollte der **digitale Nachlass im Testament** geregelt und die Zugangsdaten bei einem Notar/einer Notarin hinterlegt werden. Das Testament für den digitalen Nachlass kann regeln, dass bestimmte Daten niemandem zugänglich werden sollen oder der/die Testamentvollstrecker/-in bestimmte Informationen löscht.

### **Impressum:**

**Herausgeberin:**

Stadt Aschaffenburg  
Gleichstellungsstelle  
Pfaffengasse 11  
63739 Aschaffenburg  
Telefon 06021 330-1419

Stand: April 2013

Die in der Notfallmappe zusammengestellten Informationen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, wurden jedoch sorgfältig recherchiert. Aus diesem Grund können an die Herausgeberin keine rechtlichen Ansprüche gestellt werden. Anregungen, Ergänzungen und Berichtigungen nimmt die Gleichstellungsstelle gerne entgegen.