

Die Notfall-Mappe

 auch
als PDF
zum Ausfüllen
am PC



Diese Notfall-Mappe gehört

Sie enthält alle wichtigen Informationen,
die im Notfall von Bedeutung sind:
persönliche und medizinische Daten,
Handlungs-Anweisungen,
Vorsorge-Vollmachten
und Verfügungen.

Herausgegeben vom Saarländischen Ministerium für
Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Der Inhalt dieser Notfall-Mappe beruht auf den Grundlagen
der Notfall-Mappe des Hessischen Sozialministeriums in
Kooperation mit der Landes-Seniorenvertretung Hessen.



**Liebe Bürgerinnen
und Bürger,**

wie unsere Zukunft aussieht? Diese Frage können wir heute nicht beantworten, denn jeder von uns kann ganz plötzlich einer Krankheit er-

liegen, einen Unfall erleiden, oder eben dies geschieht einem unserer Angehörigen.

Was ist zu tun, wenn wir einen Unfall haben oder eine Krankheit erleiden? Dann müssen viele organisatorische Dinge geregelt werden, für die wir in diesem Moment unter Umständen „gar keinen Kopf haben“.

Mit der vorliegenden Mappe möchten wir es Ihnen und Ihren Angehörigen erleichtern, diese organisatorischen Dinge zu klären.

Wenn Sie die Dokumente, die in der Mappe enthalten sind, bereits gut aufbewahrt wissen, können Sie sicher sein, dass Ihre persönlichen Angelegenheiten nach Ihrem Wunsch geregelt werden.

Damit möchten wir Ihnen ein Stück Sicherheit bieten. Die Sicherheit, vorgesorgt zu haben. Die Sicherheit, dass Ihre Familie, Ihre Freunde und Bekannten darauf zurückgreifen und in Ihrem Sinne entscheiden und handeln können.

Mit der Notfall-Mappe wollen wir Ihnen helfen, Ihre Zukunft, auch im Notfall, bereits jetzt zu gestalten, und Ihnen das Gefühl geben, vorgesorgt zu haben, für alles, was die Zukunft bringt.

Ihre

Monika Bachmann

Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie

Hinweis:

Diese Notfall-Mappe ist als Loseblatt-Sammlung konzipiert und wegen der besseren Handhabung für den einseitigen Ausdruck gedacht.

Wenn Sie die Blätter zweiseitig ausdrucken, können Verschiebungen auftreten.

1.	Persönliche Daten	4
1.1	Zu meiner Person	5
1.2	Familie	7
1.3	Beruf/Berufliches	9
1.4	Im Notfall zu benachrichtigen	10
1.5	Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en	10
1.6	Wichtige Rufnummern	12
1.7	Rente/Versorgung	13
1.8	Krankenversicherung	16
1.9	Pflegeversicherung	17
2.	Krankheiten /Diagnosen/Berichte	18
2.1	Persönliche Daten und wichtige Rufnummern	19
2.2	Ärzte und Ärztinnen	19
3.	Medikamenten-Liste	21
4.	Medizinische Daten	23
4.1	Gesundheitszustand	24
5.	Notfall-Ausweis/e und Organspende-Ausweis	27
5.1	Notfall-Ausweis/e	28
5.2	Organspende-Ausweis	28
6.	Informationen über Patienten oder Patientinnen mit einer Demenz	29
6.1	Informationen bei der Aufnahme in ein Krankenhaus	30
6.2	Wichtige zusätzliche Informationen zur Demenz	37

7.	Vorsorge-Dokumente	39
7.1	Vorsorge-Vollmacht, Betreuungs- und Patienten-Verfügung	40
7.2	Vorsorge-Vollmacht	41
7.3	Vorsorge-Verfügung/en	42
7.4	Was ist eine Vorsorge-Vollmacht/ Betreuungs-Verfügung?	43
7.5	Muster – Vorsorge-Vollmacht	49
7.6	Muster – Betreuungs-Verfügung	53
7.7	Was ist eine Patienten-Verfügung?	54
7.8	Muster – Patienten-Verfügung	56
8.	Konto-/Depot-Vollmacht und Finanzen	61
8.1	Konto-/Depot-Vollmacht – Vorsorge-Vollmacht	62
8.2	Finanzen	64
8.3	Verbindlichkeiten	65
8.4	Hinweise auf bestehende Verträge	65
8.5	Fahrzeug/e	66
9.	Versicherungen und Mitgliedschaften	67
9.1	Fahrzeug-/Verkehrs-Versicherungen	68
9.2	Sach- und Haftpflicht-Versicherung/en	70
9.3	Mitgliedschaften	72
10.	Checklisten	73
10.1	Checkliste vor Einlieferung ins Krankenhaus	74
10.2	Checkliste für den Fall meines Todes	75
11.	Notfall-Ausweis	79

1. Persönliche Daten

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

1.1 Zu meiner Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

E-Mail-Adresse

Konfession

Kirchengemeinde

Taufe/Sonstiges

Familienstand

Name des Ehegatten
oder der Ehegattin

Vorname/n

1.2 Familie

Kinder und deren Kinder

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____

.....

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____

.....

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

Eltern, Geschwister

Name _____ Vorname

Geburtsdatum _____ Geburtsort

Straße _____ Hausnummer

Postleitzahl _____ Ort

Telefon

.....

Name _____ Vorname

Geburtsdatum _____ Geburtsort

Straße _____ Hausnummer

Postleitzahl _____ Ort

Telefon

.....

Name _____ Vorname

Geburtsdatum _____ Geburtsort

Straße _____ Hausnummer

Postleitzahl _____ Ort

Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

1.3 Beruf/Berufliches

Berufliche Tätigkeit/en

Personalnummer

Name des Arbeitgebers

Straße des Arbeitgebers

Hausnummer

Postleitzahl des Arbeitgebers

Ort des Arbeitgebers

Telefon des Arbeitgebers

E-Mail-Adresse des Arbeitgebers

Bei Selbständigkeit

Name der Firma

Straße der Firma

Hausnummer

Postleitzahl der Firma

Ort der Firma

Telefon der Firma

E-Mail-Adresse der Firma

Handelsregister

Finanzamt

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

1.4 Im Notfall zu benachrichtigen

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

.....

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

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

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

1.6 Wichtige Rufnummern

Mein Hausarzt oder meine Hausärztin

Name

Telefon

Andere Ärzte oder Ärztinnen, bei denen ich in ständiger Behandlung bin

Name

Telefon

Fachrichtung

.....

Name

Telefon

Fachrichtung

.....

Name

Telefon

Fachrichtung

Mein ambulanter Pflegedienst

Name

Telefon

Notdienst/Krankentransport

Name

Telefon

Amtsgericht

Sachbearbeitung

Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

1.7 Rente/Versorgung

Deutsche Rentenversicherung

Anschrift

Versicherungsnummer/n

Bescheid/e vom

Verwahrung des Rentenbescheids

Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Verwahrung des Rentenbescheids

Private Rentenversicherung/en

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Verwahrung der Unterlagen

Weitere Altersvorsorge/n

Hinweise auf Art der Vorsorge

Versicherungsnummer

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

Beamtenversorgung

 Amt/Firma/Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin

 Telefon

 Personalnummer/Aktenzeichen

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Verwahrung der Unterlagen
Sterbegeldversicherung

 Versicherungsgesellschaft

 Versicherungsnummer

 Versicherungssumme

 Bezugsberechtigte Person: Name und Vorname

 Straße und Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Telefon

 Bezugsberechtigte Person: Name und Vorname

 Straße und Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

Lebensversicherung/en

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnehmende Person

Versicherungsnummer

Versicherungssumme

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Verwahrung der Unterlagen**Private Unfallversicherung/en**

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnehmende Person

Versicherungsnummer

Versicherungssumme

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Verwahrung der Unterlagen**Gesetzliche Unfallversicherung/en, Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft**

Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft

Versicherungsnehmende Person

Versicherungsnummer

Versicherungssumme

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

1.8 Krankenversicherung

Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

 Versicherungsgesellschaft

 Versicherungsnummer

Besonders wichtig – Versicherungskarte!

 Verwahrung der Krankenversicherungskarte

Private Krankenversicherung/en

 Versicherungsgesellschaft

 Versicherungsnummer

 Versicherungssumme

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Verwahrung der Unterlagen

Private Krankenzusatzversicherung/en

 Versicherungsgesellschaft

 Versicherungsnummer

 Versicherungssumme

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

1.9 Pflegeversicherung

Pflegeversicherung/en

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Versicherungssumme

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Verwahrung der Unterlagen

Private Pflege-Zusatzversicherungen gem. § 126ff SGB XI

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Versicherungssumme

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

2. Krankheiten/ Diagnosen/Berichte

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

Ausdrucke Ihres Hausarztes oder Ihrer Hausärztin oder des zurzeit behandelnden Arztes oder Ärztin

Krankenhaus-Berichte aus letzter Zeit

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

2.1 Persönliche Daten und wichtige Rufnummern

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> alleinlebend	<input type="checkbox"/> nicht alleinlebend	
Pflegestufe beantragt	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Betreuungsleistung	<input type="checkbox"/> Grundbetrag 100 Euro	<input type="checkbox"/> erhöhter Betrag 200 Euro	
Vorsorge-Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(siehe Kopie im Anhang)
Patienten-Verfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(siehe Kopie im Anhang)

2.2 Ärzte und Ärztinnen

Mein Hausarzt oder meine Hausärztin

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Telefon	Mobil

Mein Neurologe/Psychiater – Meine Neurologin/Psychiaterin

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Telefon	Mobil

Weitere Fachärzte oder Fachärztinnen

 Fachrichtung

 Name

 Vorname

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Telefon

 Mobil

 Fachrichtung

 Name

 Vorname

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Telefon

 Mobil
Weitere Ansprechpartner oder Ansprechpartnerinnen

 Name

 Vorname

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Telefon

 Mobil

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

3. Medikamenten-Liste

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

Eine aktuelle Medikamenten-Liste Ihres Hausarztes oder Ihrer Hausärztin und/oder des Facharztes oder der Fachärztin

Eine aktuelle Medikamenten-Liste Ihrer Apotheke

Ergänzende Erläuterungen zu den Medikamenten-Listen

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

4. Medizinische Daten

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

4.1 Gesundheitszustand

Blutgruppe

Gegenwärtige Krankheiten

Behandelnder Arzt oder Ärztin

Telefon

Chronische Krankheiten

Behandelnder Arzt oder Ärztin

Telefon

Diabetes

Ja

Nein

Verwahrung des Ausweises

Insulin

Ja

Nein

Tabletten

Ja

Nein

Anfallsleiden

Ja

Nein

Wenn ja, welche

Allergien

Ja

Nein

Wenn ja, welche

Medikamente

Dauermedikation

Name des Medikaments einzunehmen (morgens – mittags – abends– nachts)

Name des Medikaments einzunehmen (morgens – mittags – abends– nachts)

Name des Medikaments einzunehmen (morgens – mittags – abends– nachts)

Name des Medikaments einzunehmen (morgens – mittags – abends– nachts)

Blutgerinnung

(Marcumar)

Ja Nein

ImplantateJa Nein

Wenn ja, welche

Ambulante Behandlungen

Stationäre Behandlungen

Operationen

Datum Ort Krankenhaus oder Praxis

Datum Ort Krankenhaus oder Praxis

Datum Ort Krankenhaus oder Praxis

Behinderung/en

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes

Ausstellungsdatum Aktenzeichen

Datum der Antragstellung

Bemerkungen

5. Notfall-Ausweis/e und Organspende-Ausweis

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder
Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

5.1 Notfall-Ausweis/e

Röntgen-Pass

Ja

Nein

Verwahrung

Diabetiker-Ausweis (siehe Kapitel Seite 24, Medizinische Daten)

Impf-Nachweis

Ja

Nein

Verwahrung

Impf-Pass

Ja

Nein

Verwahrung

Allergie-Pass

Ja

Nein

Verwahrung

5.2 Organspende-Ausweis

Zur Organspende bereit

Ja

Nein

keine Entscheidung

Verwahrung des Ausweises, der Unterlagen

6. Informationen über Patienten oder Patientinnen mit einer Demenz

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

6. DEMENZ ■ INFORMATIONEN BEI DER AUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS

Patienten-Verfügung/Vorsorge-Vollmacht vorhanden Ja Nein

Verwahrungsort

Kontaktaufnahme erwünscht bei

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zunehmender Unruhe der kranken Person | <input type="checkbox"/> fehlender Kooperation in Pflegesituationen |
| <input type="checkbox"/> Einleitung von Schutzmaßnahmen | <input type="checkbox"/> Problemen bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme |

Sonstiges

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> rund um die Uhr | <input type="checkbox"/> nur von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Angehörige oder Angehöriger | <input type="checkbox"/> Betreuende Person |

6. DEMENZ ▀ INFORMATIONEN BEI DER AUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS

Verhalten

Wünsche und Vorlieben

Ärger / abwehrendes Verhalten bei

Angst bei

Weglauf-Tendenzen

Nähe und Distanz

Der Patient oder die Patientin reagiert positiv auf Körperkontakt hält lieber Distanz

Situationen, in denen der Patient oder die Patientin abrupt ablehnend reagiert

Sonstige Gewohnheiten die beachtet werden sollen

Zur Entspannung

Zum Einschlafen

In Stress-Situationen

In Pflege-Situationen

6. DEMENZ ▫ INFORMATIONEN BEI DER AUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS

Eingeschränktes Sehen

leicht

schwer

Brille vorhanden

Eingeschränktes Hören

leicht

schwer

Hörgerät vorhanden

Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis

ist weitgehend erhalten

kurze Fragen werden verstanden

ist sehr eingeschränkt, z. B. auf prägnante Worte

Sprachverständnis fehlt

Gesten werden verstanden

Sprache und Sprechfähigkeit

sind weitgehend erhalten

kurze Sätze können gebildet werden

sind sehr eingeschränkt, z. B. nur einzelne Wörter können gebildet werden

nicht möglich, weil

Gewohnheiten im Tagesablauf

morgens (z. B. zuerst Frühstück)

mittags (z. B. Ruhepause)

abends (z. B. Getränke, Rituale)

6. DEMENZ ▀ INFORMATIONEN BEI DER AUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS

Körperpflege

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Körperpflege selbstständig | <input type="checkbox"/> wäscht sich am Waschbecken selbst |
| <input type="checkbox"/> benutzt Waschlappen/-handschuh | <input type="checkbox"/> bevorzugt Wannenbad |
| <input type="checkbox"/> wäscht Oberkörper selbstständig | <input type="checkbox"/> bevorzugt Dusche |

Hilfestellung

Nötig bei?

Abwehrendes Verhalten

Bei?

Risiken (z. B. Empfindlichkeiten)

Welche?

Ausscheiden

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolle der Blase | <input type="checkbox"/> Kontrolle des Darms | <input type="checkbox"/> erkennt Toilette |
|--|--|---|

Feste Toilettenzeiten

Hilfsmittel

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Steckbecken | <input type="checkbox"/> Einlagen |
| <input type="checkbox"/> Vorlage | | |

Feste Toilettenzeiten

6. DEMENZ ▫ INFORMATIONEN BEI DER AUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS

Essen und Trinken

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> erkennt Essen | <input type="checkbox"/> erkennt Getränke | <input type="checkbox"/> isst selbstständig |
| <input type="checkbox"/> trinkt selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Ansprache/
Erinnerung | <input type="checkbox"/> benötigt Zeit/Geduld
bei den Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Besteck in die Hand
legen | <input type="checkbox"/> Hand führen/
Bewegung führen | <input type="checkbox"/> isst mit den Fingern |
| <input type="checkbox"/> Gebiss vorhanden | <input type="checkbox"/> tägliche Trinkmenge _____ ml | |

Risiken (z. B. Verschlucken)

Welche?

Bevorzugte Speisen und Getränke

Welche?

Abneigung/Unverträglichkeiten

Welche?

Hilfestellung

Bei?

Abwehrendes Verhalten

Bei?

An- und Auskleiden

Lieblingskleidungsstücke

Welche?

Besonderheiten

Welche?

Abwehrendes Verhalten

Wobei?

Ruhen und Schlafen

Ruhen und Schlafen ohne Probleme

Einschlafstörungen

Toilettengänge gegen _____ Uhr

nächtliches Aufstehen

geht zu Bett gegen _____ Uhr

wacht auf gegen _____ Uhr

Einschlafgewohnheiten

Welche?

Einschlafstörungen/nächtliche Unruhe

Was hilft?

6.2 Wichtige zusätzliche Informationen zur Demenz

Wichtige Personen im Leben

 Name

 Vorname

 Name

 Vorname

 Name

 Vorname

Reagiert die Person auf bestimmte „Schlüsselwörter“?

Ja

Nein

 Wenn ja, welche?

Was die Person gar nicht mag

Besondere Bemerkungen

Bitte notieren Sie hier Dinge, die jemand wissen sollte, der den an Demenz erkrankten Menschen findet.

Wichtig im Kontakt mit der kranken Person sind

Religion

Regionale Herkunft/Heimat

Muttersprache/Dialekt

Ehemaliger Beruf (z. B. Handwerk)

Stolz/Bedeutsames

Früherer Wohnort

Frühere Wohnverhältnisse

Früherer eigener Beruf

Telefon

Hobbys/Vorlieben

ehemalige Hobbys/Vorlieben

Prägende traumatische Erlebnisse

7 Vorsorge-Dokumente

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

Vorsorge-Vollmacht

Betreuungs-Verfügung

Patienten-Verfügung

7.1 Vorsorge-Vollmacht, Betreuungs- und Patienten-Verfügung

1 Die Vorsorge-Vollmacht

Mit der Vorsorge-Vollmacht wird eine Vertrauensperson für bestimmte Bereiche, z. B. für gesundheitliche oder finanzielle Angelegenheiten, bevollmächtigt. Die bevollmächtigte Person verschafft dem Willen der aktuell nicht mehr einwilligungsfähigen vollmachtgebenden Person Ausdruck und Geltung.

2 Die Betreuungs-Verfügung

Eine Betreuungs-Verfügung ist eine bestimmte Willensäußerung einer Person für den Fall der Anordnung einer Betreuung. Ein solcher Fall liegt beispielsweise vor, wenn ein Patient oder eine Patientin infolge einer Krankheit seine oder ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann, und deshalb eine betreuende Person bestellt werden muss. Das Vormundschaftsgericht muss diesem Wunsch folgen.

3 Die Patienten-Verfügung

In der Patienten-Verfügung wird festgelegt, welche Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe stattfinden oder unterlassen werden sollen. Die bevollmächtigte oder betreuende Person prüft, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.

7.2 Vorsorge-Vollmacht

Vorsorge-Vollmacht

Ja Nein

Inhalt in Stichworten (medizinische/gesundheitliche, rechtsgeschäftliche Vollmacht für folgende Angelegenheiten/Generalvollmacht mit Gesundheitsvorsorge auch bei Lebensgefahr und Gefahr für schwere oder länger dauernde Gesundheitsschäden, § 1904 Abs. 1 BGB)

 Verwahrung

 Eingetragen

 Bevollmächtigte Person

Personen, die informiert sind

 Name

 Vorname

7.3 Vorsorge-Verfügung/en

Patienten-Verfügung

Ja

Nein

Verwahrung

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben

(Hausarzt oder Hausärztin, Pflegestation, Angehörige, befreundete Person/en)

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

Person/en, die Vollmacht haben, meine Patienten-Verfügung durchzusetzen

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

Betreuungs-Verfügung

Ja

Nein

7.4 Was ist eine Vorsorge-Vollmacht/Betreuungs-Verfügung?

Nehmen Sie sich etwas Zeit ...

... um diese Erläuterungen zur Erteilung einer Vollmacht zu lesen und zu verstehen – es ist einfacher, als Sie glauben.

1 Viele Gründe sprechen für eine Vollmacht zur Vorsorge

Die Vollmacht zur Vorsorge ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Sie benennen eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens, die bereit sind, für Sie im Bedarfsfall zu handeln. Hierbei können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse darlegen sowie zusätzlich Anweisungen geben, wie Ihre Angelegenheiten geregelt werden sollen. Es ist sehr zweckmäßig, nach Möglichkeit die gewünschten Bevollmächtigten (z. B. Angehörige oder befreundete Personen) bereits bei der Abfassung der Vollmacht mit einzubeziehen.

Indem Sie eine Vertrauensperson bevollmächtigen, vermeiden Sie, dass das Gericht im Bedarfsfall für Sie einen Betreuer bestellt. Nicht zuletzt können die hierdurch entstehenden gerichtlichen Verfahrensgebühren, zulasten Ihres Vermögens, vermieden werden.

2 Auch eine Vollmacht hat gewisse Einschränkungen.

Eine Vollmacht (oder General-Vollmacht) kann etwa zur Vertretung in allen Angelegenheiten ermächtigen. Sie deckt aber mehrere wichtige Fälle nicht ab:

Die bevollmächtigte Person kann an Ihrer Stelle keiner ärztlichen Untersuchung, einer Heilbehandlung oder einem medizinischen Eingriff zustimmen, wenn hierbei Lebensgefahr besteht (etwa bei einer Herzoperation) oder ein schwerer, länger andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist (z. B. bei einer Amputation).

Wichtig:

Auch die durch eine Vorsorge-Vollmacht bevollmächtigte Person benötigt in diesen Fällen die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

Die bevollmächtigte Person kann an Ihrer Stelle nicht in eine zu Ihrem Schutz notwendige geschlossene Unterbringung oder in eine andere freiheitsbeschränkende Maßnahme (etwa ein Bettgitter) einwilligen.

Wichtig:

Auch hier benötigt die in einer Vorsorge-Vollmacht zu diesen Eingriffen bevollmächtigte Person die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

Die bevollmächtigte Person kann an Ihrer Stelle nicht in eine Organspende einwilligen. In diesen Fällen verlangt das Gesetz, dass die schriftliche Vollmacht diese Befugnisse ausdrücklich bezeichnet. Eine »Generalvollmacht« genügt also nicht. Außerdem braucht die bevollmächtigte Person in den ersten beiden Fallgruppen für ihre Entscheidung die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

Wichtig:

Beachten Sie bitte, dass in einigen ausländischen Staaten die bevollmächtigte Person nur in Angelegenheiten handeln darf, die in der Vollmacht ausdrücklich benannt sind.

Aber auch im Übrigen empfiehlt es sich, in der Vollmacht genauer zu bezeichnen, wozu sie im Einzelnen ermächtigen soll.

Grundsätzlich ist es möglich, die Vollmacht nur auf bestimmte Aufgabengebiete zu beschränken (z.B. nur für den Gesundheitsbereich). Dies bedeutet aber, dass möglicherweise eine betreuende Person im Bedarfsfall für die anderen Aufgaben bestellt werden muss. Selbst wenn die bevollmächtigte Person vom Gericht auch für die ergänzenden Aufgaben als betreuende Person ausgewählt werden kann: Ein Nebeneinander von Vollmacht und Betreuung sollte besser vermieden werden.

3 Eine Vollmacht kann sehr individuell abgefasst werden.

Aus Gründen der Klarheit und Beweiskraft ist eine schriftliche Abfassung der Vollmacht notwendig. Die Vollmacht zur Vorsorge muss nicht handschriftlich verfasst sein (in diesem Fall wäre allerdings die Gefahr der Fälschung am geringsten). Sie können eine Vollmacht auch mit Maschine schreiben oder von einer anderen Person schreiben lassen. Schließlich können Sie sich auch eines geeigneten Vordruckmusters – ein solches befindet sich auf Seite 49, Medizinische Daten – bedienen. Ort, Datum und vollständige eigenhändige Unterschrift dürfen jedoch keinesfalls fehlen.

Soll die bevollmächtigte Person auch über mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringung oder über freiheitsentziehende Maßnahmen entscheiden können, so müssen diese Maßnahmen ausdrücklich in der Vollmacht benannt sein.

Das Gleiche gilt, wenn die bevollmächtigte Person über gefährliche Eingriffe oder in einer Patienten-Verfügung niedergelegte Wünsche entscheiden können soll.

Bei der Abfassung einer Vollmacht können Sie selbstverständlich auch den Rat eines Rechtsbeistandes oder notariellen Beistand einholen. Dies ist besonders dann zu empfehlen, wenn Sie z.B. umfangreiches Vermögen besitzen, mehrere bevollmächtigte Personen einsetzen oder neben der Vollmacht sehr eingehende Handlungsanweisungen an die bevollmächtigte(n) Person(en) festlegen wollen.

Die notarielle Beurkundung ist dann notwendig, wenn die Vollmacht auch zur Darlehensaufnahme berechtigen soll. Soll die Vollmacht auch zum Erwerb oder zur Veräußerung von Grundstücken berechtigen, so ist zumindest die öffentliche Beglaubigung der Echtheit der Unterschrift der vollmachtgebenden Person erforderlich.

Diese Beglaubigung kann durch Notare oder eine verantwortliche Person der örtlich zuständigen Betreuungsbehörde vorgenommen werden. Soll die Vollmacht auch zur Verfügung über Bankguthaben berechtigen, so empfiehlt es sich, die Unterschrift beglaubigen zu lassen oder diese in Gegenwart einer bei der Bank tätigen Person zu leisten. Damit können Sie Zweifel an der Echtheit und Identität Ihrer Unterschrift beseitigen.

4 Dem Missbrauch einer Vollmacht kann man weitgehend vorbeugen.

Eine Vollmacht zur Vorsorge gibt – je nach ihrem Umfang – den bevollmächtigten Personen gegebenenfalls sehr weitreichende Befugnisse. Deshalb ist die wichtigste Voraussetzung hierfür Ihr Vertrauen zu der Person, die Sie womöglich bis zu Ihrem Lebensende mit dieser Vollmacht ausstatten wollen.

Dies wird in der Regel eine angehörige oder eine Ihnen sonst sehr nahe stehende Person sein.

Auch bei Bevollmächtigung einer Vertrauensperson müssen Sie nicht auf Vorkehrungen gegen Missbrauch verzichten (z. B. Kontroll- bzw. Widerrufsrecht für Dritte oder Bestellung mehrerer bevollmächtigter Personen).

Sie können für verschiedene Aufgabengebiete (z. B. Gesundheitspflege und Vermögensangelegenheiten) jeweils eine eigene bevollmächtigte Person einsetzen. Allerdings benötigt dann jede eine eigene Vollmachtsurkunde. Dazu können Sie das dieser Mappe beigefügte Formular mehrfach verwenden.

Wenn Sie mehrere bevollmächtigte Personen mit demselben Aufgabengebiet betrauen, besteht allerdings die Gefahr, dass die verschiedenen Personen unterschiedlicher Meinung sind, was die Wahrnehmung Ihrer Interessen gefährden kann.

Sie können die Vollmacht aber auch so erteilen, dass mehrere bevollmächtigte Personen Sie nur gemeinsam vertreten dürfen. Dies können Sie etwa bei Angelegenheiten vorsehen, die Ihnen besonders wichtig sind (für die bei einer Haushaltsauflösung notwendigen Rechtsge-

schäfte dürfen zum Beispiel Ihre beiden Kinder nur gemeinsam handeln).

Für den Fall, dass die von Ihnen bevollmächtigte Person »im Ernstfall« verhindert ist, sollte möglichst eine weitere Vertrauensperson als Ersatz zur Verfügung stehen. Intern sollte abgesprochen werden, dass diese nur bei Verhinderung der bevollmächtigten Person für Sie handeln darf. Am besten gehen Sie also folgendermaßen vor: Sie erteilen Ihrer Vertrauensperson und derjenigen Person, die diese im Notfall vertreten soll (Ersatzbevollmächtigung) jeweils eine uneingeschränkte Vollmacht, z. B. indem Sie das beigefügte Formular mehrfach verwenden. Intern sprechen Sie mit Ihrer bevollmächtigten Person und der diese vertretenden Person ab, dass die Vertretung nur dann handelt, wenn die erste bevollmächtigte Person verhindert ist.

Sie können in der Vollmacht auch vorsehen, dass die bevollmächtigte Person weiteren Personen Untervollmacht erteilen darf, die Sie dann im Bedarfsfall vertreten können. Damit legen Sie die Entscheidung über die Untervollmacht aber in die Hände Ihrer Vertrauensperson.

5 Gute Tipps zur Aufbewahrung Ihrer Vollmachts-Urkunde:

Die Vollmacht sollte zu Ihrer Sicherheit so erteilt werden, dass die bevollmächtigte Person die Vollmachts-Urkunde dem Geschäftspartner im Original vorzulegen hat, wenn sie für Sie tätig ist. Sorgen Sie deshalb stets dafür, dass die Vollmachts-Urkunde der berechtigten Person zur Verfügung steht, wenn sie benötigt wird.

Hierzu gibt es verschiedene Möglichkeiten:

Sie verwahren die Vollmachts-Urkunde an einem (auch im Ernstfall) leicht zugänglichen Ort, den die bevollmächtigte Person kennt (z. B. in Ihrem häuslichen Schreibtisch).

Sie übergeben die Vollmachts-Urkunde von vornherein der bevollmächtigten Person mit der Maßgabe, von dieser nur in dem besprochenen Fall Gebrauch zu machen. Wie schon erwähnt, sollten Sie ohnehin nur eine Person bevollmächtigen, der Sie vorbehaltlos vertrauen können. Sollte diese Person absprachewidrig schon vorzeitig von der Vollmacht Gebrauch machen, können Sie die Vollmacht widerrufen und Schadensersatz fordern.

Sie übergeben die Vollmachtsurkunde einer anderen Vertrauensperson zur treuhänderischen Verwahrung mit der Auflage, sie der bevollmächtigten Person im Bedarfsfall auszuhändigen.

Sie können eine Kopie der Vollmachts-Urkunde beim Betreuungsgericht (Amtsgericht) hinterlegen. Dies empfiehlt sich, weil dann das Gericht im Bedarfsfall Kenntnis von der Vollmacht hat. Es wird dann keine betreuende Person bestellen, wenn die bevollmächtigte Person hinreichend geeignet ist, weil eine wirksame Vollmacht im Rahmen ihrer Reichweite eine Betreuung entbehrlich macht, und so Ihren persönlichen Wünschen entsprochen werden kann.

Bei einer notariellen Vollmacht können Sie auch an folgende Möglichkeit denken: Sie können den Notar anweisen, an die bevollmächtigte Person nur dann eine Ausfertigung der Vollmachtsurkunde herauszugeben, wenn diese ein ärztliches Attest vorlegt, wonach Sie die in der Vollmacht bezeichneten Angelegenheiten nicht mehr besorgen können. Sie können mit dem Notar absprechen, wie alt das Attest sein darf, und dass dessen Richtigkeit nicht überprüft werden muss.

6 Die Geltungsdauer einer Vollmacht.

Die Vollmacht gilt im »Außenverhältnis« ab ihrer Ausstellung. Im »Innenverhältnis« der bevollmächtigten Person ist aber die mit ihr getroffene Vereinbarung maßgebend (zu diesen Begriffen vgl. »Was ist eine Vorsorge-Vollmacht?« auf Seite 43). Diese wird wörtlich oder stillschweigend dahingehend lauten, dass sie von der Vollmacht erst Gebrauch machen darf, wenn Sie selbst nicht mehr handlungsfähig sind.

Wenn Sie Ihre Vollmacht widerrufen wollen, müssen Sie das ausgehändigte Formular zurückverlangen.

Der Tod des Vollmachtgebers führt nach neuerer Rechtsprechung im Zweifel zum Erlöschen der Vorsorge-Vollmacht. In der Vollmacht sollte jedoch geregelt werden, dass diese über den Tod des Vollmachtgebers hinaus fort gilt.

7 So verdeutlichen Sie eigene Wünsche und Vorstellungen:

Zunächst sollte beachtet werden, dass die Vollmacht eine für Dritte bestimmte Erklärung ist. Sie bezeichnet die Person der rechtsgeschäftlichen Vertretung und beschreibt, was diese »im Außenverhältnis« mit Rechtswirkung für Sie tun darf. Deshalb sollten Anweisungen an die bevollmächtigte Person zum inhaltlichen Gebrauch der Vollmacht nicht in diese selbst aufgenommen werden.

Beispiel:

Eine Vollmacht kann zum Abschluss eines Heimvertrages ermächtigen. Etwaige Wünsche, welches Heim vorrangig in Betracht kommt – oder umgekehrt, welches keinesfalls ausgewählt werden sollte – gehören nicht in diese Erklärung mit Außenwirkung. Dies kann vorweg mit der bevollmächtigten Person als »Auftrag« besprochen oder auch in einer schriftlichen Handlungsanweisung, etwa einem Brief, niedergelegt werden.

Dasselbe gilt z.B. für die Aufforderung, bestimmte Angehörige an Geburtstagen, Weihnachten usw. zu beschenken oder die bisherigen Spendengewohnheiten fortzuführen. All dies sollte nicht in den Text der Vollmacht, sondern in den Auftrag an die bevollmächtigte Person aufgenommen werden.

Welchen Inhalt dieser im Einzelnen haben kann, hängt wesentlich von Ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen ab.

8 Was ist eine Betreuungs-Verfügung?

Falls Sie sich nicht mehr selbst äußern können, sollen die Wünsche berücksichtigt werden, die Sie zuvor festgelegt haben. Dies geschieht zweckmäßig in einer schriftlichen Verfügung für den Betreuungsfall, auch »Betreuungs-Verfügung« genannt. Sie können darin bestimmen, wer Ihre betreuende Person werden soll. Sie können aber auch festlegen, wer keinesfalls als betreuende Person in Betracht gezogen werden soll. Diese Wünsche sind für das Gericht grundsätzlich verbindlich. Im beigefügten Vollmachts-Formular können Sie deshalb auch verfügen, dass die bevollmächtigte Person als betreuende Person ausgewählt werden soll, wenn trotz der Vollmacht eine Betreuungsbestellung notwendig werden sollte. Ein Muster einer Betreuungs-Verfügung befindet sich auf Seite 53.

Mit dem Errichten einer Betreuungs-Verfügung können Sie im Bedarfsfall eine Betreuung nicht vermeiden, allerdings können Sie die Person des Betreuers bestimmen.

9 Der Unterschied zwischen Vorsorge-Vollmacht und Betreuungs-Verfügung:

Ist eine Person, der Sie vollständig vertrauen können, bereit, sich im Bedarfsfall um Ihre Angelegenheiten zu kümmern, dürfte eine Vollmacht einer gerichtlich angeordneten Betreuung vorzuziehen sein. Abgesehen von den schon erwähnten Ausnahmen braucht die bevollmächtigte Person für Ihre Entscheidungen auch keine gerichtlichen Genehmigungen.

Sie vermeiden damit das mit der Betreuungsbestellung verbundene gerichtliche Verfahren. Ihre bevollmächtigte Person steht – anders als die betreuende Person – nicht unter der Kontrolle des Betreuungsgerichts.

Allerdings kann das Betreuungsgericht, wenn ihm ein entsprechender Anlass bekannt wird, für eine bevollmächtigte Person eine Kontrollperson bestellen. Dieser »Vollmachtsbetreuer« bzw. diese »Vollmachtsbetreuerin« hat nur die Aufgabe, die bevollmächtigte Person zu überwachen, Ihre Rechte gegenüber der bevollmächtigten Person wahrzunehmen und die Vollmacht notfalls auch zu widerrufen. Wird das nötig, müsste das Gericht dann eine Betreuung für den Aufgabenkreis bestellen, der zuvor der »ungetreuen« bevollmächtigten Person übertragen war.

Wenn Sie hingegen keine Person kennen, der Sie eine Vollmacht anvertrauen wollen, empfiehlt sich die Festlegung einer Betreuungs-Verfügung. Damit erwarten Sie, dass im Bedarfsfall eine Betreuung für Sie bestellt wird. Sie nehmen dann Einfluss auf die Auswahl und das spätere Handeln für Sie. Wenn Sie also eine Betreuungs-Verfügung errichten wollen, sollten Sie sich darüber gesondert informieren.

10 Wer entscheidet über ärztliche Behandlung?

Solange Sie als Patient oder Patientin einwilligungsfähig sind, entscheiden Sie selbst über alle Sie betreffenden ärztlichen Maß-

nahmen nach Aufklärung und Beratung durch den Arzt oder die Ärztin. Dies gilt auch, wenn für Sie eine Betreuung mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsorge angeordnet wurde.

Falls Sie aber nicht mehr entscheidungsfähig sind, vor allem Ihren Willen nicht mehr äußern können, muss eine bevollmächtigte Person oder Betreuung für Sie entscheiden. Ist weder eine bevollmächtigte Person noch eine Betreuung bestellt, muss bei eilbedürftigen Maßnahmen der Arzt oder die Ärztin nach Ihrem »mutmaßlichen Willen« handeln. Bei nicht eilbedürftigen ärztlichen Behandlungen muss gegebenenfalls eine vorläufige Betreuung bestellt werden. Ihr mutmaßlicher Wille ist überhaupt maßgebend für jede ärztliche Behandlung, zu der Sie sich selbst nicht mehr äußern können.

Es muss – gegebenenfalls von der bevollmächtigten Person oder Betreuung – ermittelt werden, wie Sie sich in der gegebenen Situation entscheiden würden, wenn Sie Ihren Willen noch kundtun könnten. Dies kann sehr schwierig sein, wenn Sie in der Vergangenheit niemals schriftlich oder auch nur mündlich, z.B. gegenüber Angehörigen, Ihre Vorstellungen für eine medizinische Behandlung – insbesondere in der letzten Lebensphase – geäußert haben. Deshalb ist es wichtig, dies vorausschauend in einer »Patienten-Verfügung« festzulegen. Darüber sollten Sie sich also auch Gedanken machen, wenn Sie sich mit der Erteilung einer Vollmacht beschäftigen.

7.5 Vorsorge-Vollmacht

Ich (vollmachtgebende Person)

 Name

 Vorname

 Geburtsdatum

 Geburtsort

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Telefon

 Mobil

 E-Mail-Adresse

Erteile hiermit Vollmacht an (bevollmächtigte Person)

 Name

 Vorname

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Telefon

 Mobil

 E-Mail-Adresse

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.

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

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

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

Ja Nein

Sie darf insbesondere 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). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

Ja Nein

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

Ja Nein

Ja Nein

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

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

Ja Nein

Sie darf einen Heimvertrag abschließen.

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ja Nein

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja Nein

Ja Nein

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

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

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

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer oder einer Betreuerin rechtlich gestattet ist.

Ja Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

[Achtung: Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für bestimmte Bereiche kann eine notariell beurkundete Vollmacht (z.B. Aufnahme von Darlehen) oder zumindest eine öffentlich beglaubigte Vollmacht (z.B. Immobiliengeschäfte) erforderlich sein.]

Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden WILLENSERKLÄRUNGEN (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja Nein

Betreuungs-Verfügung

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

Ja Nein

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Ja Nein

Vertretung vor Gericht

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung («rechtliche Betreuung») erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als betreuende Person zu bestellen.

Ja Nein

Weitere Regelungen

Ja Nein

Datum Ort Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Erneut bestätigt am:

Datum Ort Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Beglaubigungsvermerk*

*Beglaubigung kann durch die Urkundsperson der örtlich zuständigen Behörde oder notariell ausgestellt werden.

7.6 Betreuungs-Verfügung

 Name

 Vorname

 Geburtsdatum

 Geburtsort

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

 Telefon

 Mobil

An das Amtsgericht

 Amtsgericht

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

Bestellung einer betreuenden Person

Für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst zu besorgen vermag, bitte ich
Herrn/Frau

 Name

 Vorname

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

zu meiner betreuenden Person zu bestellen.

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die betreuende Person habe ich folgende Wünsche:

 Datum

 Ort

 Unterschrift der vollmachtgebenden Person

7.7 Was ist eine Patienten-Verfügung?

1 Was ist eine Patienten-Verfügung?

Die Patienten-Verfügung ist eine freiwillige schriftliche Erklärung einer volljährigen Person für den eventuellen zukünftigen Fall, dass sie nicht mehr einwilligungsfähig ist. Sie bestimmt für diese Situation, ob sie in bestimmte medizinische Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffe einwilligt oder diese untersagt. Damit haben Patienten-Verfügungen für behandelnde Ärzte und Ärztinnen sowie für die bevollmächtigte oder betreuende Person eine hohe Verbindlichkeit erhalten.

Es gelten folgende Regelungen:

Eine Patienten-Verfügung ist nur dann wirksam, wenn sie schriftlich verfasst und von der ausstellenden Person eigenhändig unterschrieben ist, oder durch eine notarielle Beglaubigung als unterschrieben gilt.

Die Patienten-Verfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Volljährige können in einer schriftlichen Patienten-Verfügung festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuung und bevollmächtigte Person im Fall der Entscheidungsunfähigkeit der betroffenen Person an deren schriftliche Patienten-Verfügung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patienten-Verfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen der betroffenen Person zur Geltung bringen.

Liegt keine Patienten-Verfügung vor oder entsprechen die Festlegungen nicht der aktuellen Situation, muss die Betreuung oder die bevollmächtigte Person unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des Patienten oder der Patientin entscheiden, ob sie in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt.

In einem Gespräch zwischen Betreuung bzw. bevollmächtigter Person und dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin wird unter Berücksichtigung des Patientenwillens die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme vorbereitet. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit der Betreuung oder der bevollmächtigten Person, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

Bestehen zwischen Arzt oder Ärztin und betreuender bzw. bevollmächtigter Person über den Patientenwillen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

Eine Reichweitenbegrenzung, die den Patientenwillen Kraft Gesetzes in bestimmten Fällen für unbeachtlich erklärt, gibt es nicht.

2 Wie formuliere ich eine Patienten-Verfügung?

Die Patienten-Verfügung sollte nicht nur allgemein gehaltene Formulierungen enthalten, wie z.B. den Wunsch »in Würde zu sterben«, wenn ein »erträgliches Leben« nicht mehr möglich erscheint. Vielmehr sollte ganz individuell festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgesetzt werden darf.

Es empfiehlt sich nicht, dies mit eigenen Worten zu formulieren, sofern Sie sich nicht eingehend hierüber von einem Arzt oder einer Ärztin haben beraten lassen oder selbst über gute medizinische Kenntnisse verfügen.

Vielmehr sollten Sie sich eines Formular-musters bedienen, das dem neusten Stand von Medizin und Recht entspricht. Sie finden in dieser Informationsschrift ein entsprechendes Muster, das Ihnen verschiedene Entscheidungsvorschläge bietet.

Es ist sehr empfehlenswert, dieses mit einem Arzt oder einer Ärztin Ihres Vertrauens zu besprechen. Wenn Sie aber derzeit kein ärztliches Beratungsgespräch über eine Patienten-Verfügung suchen wollen, können Sie den vorgeschlagenen Vordruck auch selbst ausfüllen.

Hierbei sollten Sie sich zuvor gründlich mit dem Abschnitt »Eigene Wertvorstellungen« und den medizinischen Erläuterungen zur Patienten-Verfügung befassen. Bitte bedenken Sie beim Ausfüllen, dass über die vorgesehenen Entscheidungsalternativen hinausgehende eigenhändige Streichungen im Text oder wesentliche Hinzufügungen, die nicht auf konkreten ärztlichen Empfehlungen beruhen, im Ernstfall zu Zweifeln an der Bestimmtheit Ihrer Verfügung führen können. Eine durch entsprechende Veränderungen unklar oder widersprüchlich gewordene Patienten-Verfügung kann zu großen Auslegungsschwierigkeiten führen. Es ist empfehlenswert, die Patienten-Verfügung mit einer Vorsorge-Vollmacht oder zumindest mit einer Betreuungs-Verfügung zu kombinieren. So kann das Betreuungsgericht bei Bedarf für Sie den Betreuer, der mit Rechtsmacht für Sie sprechen darf, mit dem Aufgabenkreis der Gesundheits-sorge bestellen. Auch dieser ist gehalten, bei den für Sie zu treffenden Entscheidungen Ihren Willen zu beachten, wie er sich aus der Patienten-Verfügung ergibt.

7.8 Patienten-Verfügung

Für den Fall, dass ich,

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

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

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 zugewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn 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 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.

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

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

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

3 In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Wichtig:

Es genügt hier nicht nur den Punkt „Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern...“ anzukreuzen!

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

Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

Wichtig:

Sonstige allgemeingültig gehaltene Hinweise im Hinblick auf die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern, sind hier* näher zu beschreiben. Allein die Aufforderung, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen oder zuzulassen, z.B. wenn ein Therapieerfolg nicht mehr zu erwarten ist, begründet keine Behandlungsentscheidung für den Arzt. Bitte geben Sie genau an, welche ärztlichen oder pflegerischen Maßnahmen Sie konkret wünschen oder ablehnen. Falls Sie nicht selbst über die erforderlichen Fachkenntnisse verfügen, sollten Sie sich dabei individuell von einer fachkundigen Person beraten lassen und die Angelegenheit mit Ihrem Hausarzt oder einem Arzt Ihres Vertrauens besprechen.

*

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 Magensonde durch den Mund, die Nase oder Bauchdecke noch über die Vene)

Verminderte Flüssigkeitsabgabe nach ärztlichem Ermessen

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe

Ich wünsche eine Begleitung durch

Persönliche Wünsche und Anmerkungen

Vorname

Name

Telefon

Postleitzahl

Ort

Seelsorge

Vorname

Name

Telefon

Postleitzahl

Ort

Hospizdienst

Vorname

Name

Telefon

Postleitzahl

Ort

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.

Arzt oder Ärztin meines Vertrauens:

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Telefax

Bei der Festlegung meiner Patienten-Verfügung habe ich mich beraten lassen von*

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Datum

Ort

Unterschrift

* Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patienten-Verfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein stattgefundenes Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft

und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.

Eine Unterschrift durch die bevollmächtigte Person sowie eine Beglaubigung ist nicht notwendig.

8. Konto-/Depot-Vollmacht und Finanzen

Banken und Sparkassen halten für die Erteilung einer Bank-Vollmacht gesonderte Vordrucke und Formulare bereit.

Bitte füllen Sie diese aus und heften Sie die Kopien hinter dieser Seite ein.

Wichtiger Hinweis

Die Konto- und/oder Depot-Vollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank- oder Sparkassen-Geschäftsstelle unterzeichnen, um spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung auszuräumen.

Sollten Sie nicht in der Lage sein, die Geschäftsstelle selbst aufzusuchen, wird sich in einem Gespräch sicher eine Lösung finden lassen.

8.1 Konto-/Depot-Vollmacht – Vorsorge-Vollmacht

Kontoinhaber oder Kontoinhaberin/Vollmachtgeber oder Vollmachtgeberin

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Name der Bank

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Ich bevollmächtige hiermit die nachstehend genannte bevollmächtigte Person

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

mich im Geschäftsverkehr mit der Bank/Sparkasse zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle meine bestehenden und künftigen Konten und Depots bei der vorgenannten Bank/Sparkasse.

Datum Ort Unterschrift der kontenführenden Person

Erneut bestätigt am:

Datum Ort Unterschrift der kontenführenden Person

Wichtige Hinweise für die kontenführende/vollmachtgebende Person

Ab wann und unter welchen Voraussetzungen die bevollmächtigte Person von dieser Vollmacht Gebrauch machen darf, richtet sich nach den gesondert zu treffenden Vereinbarungen zwischen der kontoführenden und der bevollmächtigten Person. Unabhängig von solchen Vereinbarungen kann

die bevollmächtigte Person gegenüber der Bank/Sparkasse ab dem Zeitpunkt der Ausstellung dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen.

Die Bank/Sparkasse prüft nicht, ob der „Vorsorgefall“ bei der kontoführenden/vollmachtgebenden Person eingetreten ist.

8.3 Verbindlichkeiten

Verbindlichkeit/en bei Kreditinstitut/en, Verbindlichkeit/en bei Privatpersonen/Firmen, Hinweis/e auf bestehende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, fällige Überweisungen u. ä.
(ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

8.4 Hinweise auf bestehende Verträge

Mietvertrag/-verträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Rundfunk, Zeitung, Illustrierte, Fachzeitschrift/en u. a.
(ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

8.5 Fahrzeug/e

Fahrzeugart (PKW, LKW), Amtliches Kennzeichen, Hersteller, Typ,
Hubraum, Ersterzulassung, regelmäßiger Standort, eventuelle
kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

Fahrzeugart Amtliches Kennzeichen Hersteller Typ

Ersterzulassung Hubraum Standort

eventuelle kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

Fahrzeugart Amtliches Kennzeichen Hersteller Typ

Ersterzulassung Hubraum Standort

eventuelle kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

Fahrzeugart Amtliches Kennzeichen Hersteller Typ

Ersterzulassung Hubraum Standort

eventuelle kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

9. Versicherungen und Mitgliedschaften

Bitte füllen Sie diese aus und heften Sie die Kopien hinter dieser Seite ein.

9.1 Fahrzeug-/Verkehrs-Versicherungen

Kraftfahrzeug-Versicherung/en

Fahrzeug Amtliches Kennzeichen

Versicherungsagentur/-gesellschaft Versicherungsnummer

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Teilkasko Ja Nein

Sebstbeteiligung in Euro

Vollkasko Ja Nein

Sebstbeteiligung in Euro

Insassenunfall-Versicherung

Versicherungsagentur/-gesellschaft

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Versicherungssumme

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

Verkehrsrechtsschutz-Versicherung

Versicherungsagentur/-gesellschaft

Versicherungsnummer

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

9.2 Sach- und Haftpflicht-Versicherung/en

Privat-Haftpflicht-Versicherung

Versicherungsagentur/-gesellschaft Versicherungsnummer

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht-Versicherung

Versicherungsagentur/-gesellschaft Versicherungsnummer

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Wohngebäude-Versicherung

Versicherungsagentur/-gesellschaft Versicherungsnummer

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Sturmschäden-Versicherung/en

Versicherungsagentur/-gesellschaft Versicherungsnummer

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

Hausrat-Versicherung

 Versicherungsagentur/-gesellschaft

 Versicherungsnummer

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort
Glasbruch

Ja

Nein

Rechtsschutz-Versicherung

 Versicherungsagentur/-gesellschaft

 Versicherungsnummer

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort
Sonstige Versicherungen

 Versicherungsagentur/-gesellschaft

 Versicherungsnummer

 Straße

 Hausnummer

 Postleitzahl

 Ort

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

9.3 Mitgliedschaften

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

10. Checklisten

Vor Einlieferung ins Krankenhaus

Für den Fall meines Todes

10.1 Checkliste vor Einlieferung ins Krankenhaus

	erledigt
Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnorts und der Zugangsmöglichkeiten geben! (Notarzt oder Notärztin, Rettungsdienst, Feuerwehr: Notrufnummer 112, Polizei, Allgemeiner Notruf: 110)	<input type="checkbox"/>
Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten! (Fenster/Hausnummernbeleuchtung)	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versicherungskarte (Seite 16, Medizinische Daten)	<input type="checkbox"/>
Toilettenartikel	
Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe	<input type="checkbox"/>
Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe, Gebiss	<input type="checkbox"/>
Bisher einzunehmende Medikamente	<input type="checkbox"/>
Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)	<input type="checkbox"/>
Anschriften/Telefon der nächsten Angehörigen, Bekannten	<input type="checkbox"/>
Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)	<input type="checkbox"/>
Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)	<input type="checkbox"/>

10.2 Checkliste für den Fall meines Todes

Sterbeurkunde

Nach jedem Todesfall muss beim Standesamt die Sterbeurkunde (mehrere Exemplare) beantragt werden.

Dazu sind notwendig:

die Todesbescheinigung (vom Arzt oder der Ärztin auszustellen)

der Personalausweis/Reisepass der verstorbenen Person

die Geburtsurkunde der verstorbenen Person

ggf. Heiratsurkunde (Familienstammbuch)

ggf. Scheidungsurteil, Sterbeurkunde

Verwahrung meines Personalausweises

Verwahrung meiner Geburtsurkunde

Verwahrung meiner Heiratsurkunde, meines Familienstammbuches sowie den vorgenannten Unterlagen

Meine Wünsche

Ich wünsche mir folgende Bestattung (Erdbestattung, Feuerbestattung, oberirdische Bestattung in Grabkammern, anonyme Bestattung, Seebestattung)

Bestattungsunternehmen

wurde ein Vertrag geschlossen

Ja Nein

Name des Bestattungsunternehmens

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

Einkleidung meines toten Körpers

Art/Gestaltung meines Sarges/meiner Urne

Trauerfeier

(kirchlich, nicht kirchlich, Vorbereitungsgespräch mit dem Pfarrer oder der Pfarrerin/Person, die die Trauerrede hält o.a., ggf. Hinweis auf Unterlagen und deren Verwahrung)

Versendung von Trauerkarten (evtl. weitere Hinweise sind wo zu finden?)möchte ich möchte ich nicht

Adressatenliste ist erstellt

Ja Nein

Verwahrung

Adressatenliste ist nicht erstellt, daher bitte Trauerkarten versenden an:Verwandte Nachbarn Freundeskreis **Traueranzeige** (wo, evtl. keine?)

Blumen und Kränze

Geldspende, statt Blumen evtl. Spende für einen bestimmten Zweck?

Weitere Anordnungen sind wo zu finden?

Grab

(Beisetzungswunsch auf welchem Friedhof,
Bestand eines Grabnutzungsvertrages mit der Gemeinde/Kirchengemeinde,
zur Grabpflege/Grabpflegevertrag, Wahlgrab/Reihengrab,
Hinweise auf Unterlagen und deren Verwahrung)

Letztwillige Verfügungen

(Testament, Erbvertrag, Vermächtnis/se, Hinweis auf deren Verwahrung,
Organspende, Körperspende)

Auflösung des Haushalts/Verbleib von Tieren

Für den Notfall

Füllen Sie dieses Blatt bitte aus und legen Sie es neben das Telefon.
Die Notfall-Ausweise unten füllen Sie bitte auf beiden Seiten aus und bringen Sie sie an einem Platz unter, wo andere sie schnell finden können: z.B. in Ihrem Geldbeutel, hinter der Sonnenblende im Auto, im Handschuhfach etc.

Wichtige Notruf-Nummern:

Polizei..... **110** Schlaganfall-Telefon..... **112**

Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)..... **112**

Mein Hausarzt oder meine Hausärztin

Name

Telefon

Mein Name

Vorname

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Im Notfall bitte benachrichtigen

Name

Vorname



Telefon

Für den Notfall

Mein Name

Mein Vorname

Straße

PLZ, Ort



Telefon

Für den Notfall

Mein Name

Mein Vorname

Straße

PLZ, Ort



Telefon

Für den Notfall

Mein Name

Mein Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Für den Notfall

Mein Name

Mein Vorname

Straße

PLZ, Ort



Telefon

Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:

Name

Telefon

Im Notfall bitte benachrichtigen

Name

Adresse

Telefon

Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:

Name

Telefon

Im Notfall bitte benachrichtigen

Name

Adresse

Telefon

Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:

Name

Telefon

Im Notfall bitte benachrichtigen

Name

Adresse

Telefon

Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:

Name

Telefon

Im Notfall bitte benachrichtigen

Name

Adresse

Telefon

Impressum

Herausgeber:

Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken

Redaktion: AAG Saarbrücken | CRM | Internet | Print
Anke Ewen, Saarlouis
Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Telefon +49 (0) 681 501-31 79
Fax +49 (0) 681 501-31 69

Internet: www.soziales.saarland.de
E-Mail: presse@soziales.saarland.de

Druck: Wollenschneider, Saarbrücken
Weite Informationen finden sie im Internet
unter www.inklusion.saarland.de

Unsere aktuellen Informationen
finden Sie im Internet unter
www.soziales.saarland.de

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Regierung des Saarlandes herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.