



Notfallmappe

für

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeder von uns kann ganz plötzlich – durch Krankheit oder Unfall – auf Hilfe angewiesen sein.

Mit der Notfallmappe möchten wir Ihnen und Ihren Angehörigen die Möglichkeit geben, auf einen solchen Notfall besser vorbereitet zu sein.

Auf den folgenden Seiten haben wir deshalb wichtige Telefonnummern und Vordrucke zusammengestellt. In dieser Notfallmappe können Sie von den Adressen Ihrer Ärzte/Ärztinnen bis hin zu Ihren Versicherungsdaten alles eintragen, was Ihnen wichtig erscheint.

Aktualisieren Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie die Mappe leicht erreichbar auf. Bitte weisen Sie zudem Ihre nächsten Angehörigen auf diese Notfallmappe hin.

Herzliche Grüße

Ihre Gemeinde Bad Laer

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Inhaltsverzeichnis	2
Wichtige Telefonnummern	3
Ansprechpartner im Notfall	4
Hausarzt / Krankenversicherung	5
Medizinische Daten / Beeinträchtigungen (z. B. Anlage Medikamentenplan)	6 / 7
Ausweise	8
Sonstige Unterlagen (Anlage Betreuungsstellen / Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht)	9
Versicherungen / Verträge	10
Finanzen / Eigentum	11 - 14
Vorbereitung Krankenhausaufenthalt	15

Anlagen:

Urkunden, Vollmachten, Dokumente

Wichtige Telefonnummern

Rettungsdienst / Feuerwehr Notruf 112

Polizei Notruf 110

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

(bundesweit) 116117

Apotheken-Notdienst 0800 00 22833

Gift-Notruf 0551 19240

EC – Kartensperrung 116116

Amtsgericht Bad Iburg 05403 - 7302 0

Technische Einrichtungen

Störungsdienst Strom TEN 05401 - 897107
(Straßenbeleuchtung / Fernwärme)

Störungsdienst Gas TEN 05401 - 897106

Störungsdienst Wasser / Abwasser TEN 05401 - 897107

Technische Rufbereitschaft Gemeinde Bad Laer 0173/2841325

Privates

Hausarzt-/Ärztin

Ambulanter Pflegedienst:

Seelsorger-/in

Im Notfall zu benachrichtigen

Name / Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon Festnetz / Mobil: _____

E-Mail: _____

Weitere Ansprechpartner:

Name / Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon Festnetz / Mobil: _____

E-Mail: _____

Personen, die einen Schlüssel zu meiner Wohnung besitzen:

Im Notfall wünsche ich Beistand durch einen Seelsorger-/in:

Ja Nein Konfession: _____

Kirchengemeinde / Telefonnummer: _____

Sonstiges zu beachten: _____

Ärzte-/innen und Krankenversicherung

Behandelnder Hausarzt-/Ärztin

Telefon: _____

Weitere behandelnde Ärzte/Ärztinnen

Telefon: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

evtl. Befreiungsausweis ja nein _____

evtl. Zusatzversicherung ja nein _____

Versicherungsart: _____

Pflegekasse: _____

Pflegegrad seit: _____

Schwerbehinderung: ja nein GdB: _____

evtl. Zusatzversicherung: _____

Im Notfall zu beachten (z.B. Glasknochen, Bluter, HIV, usw.)

Apotheke meines Vertrauens: _____

Medizinische Daten

Diabetiker: _____ ja nein

Name des Insulins/Tabletten: _____

Blutgerinnungshemmende Substanzen _____ ja nein

Name der Medikamente: _____

Bronchial-Asthma _____ ja nein

Name der Medikamente: _____

Allergien. (siehe auch Allergieausweis) _____ ja nein

Medikamenten-Unverträglichkeiten: _____ ja nein

Weitere Beeinträchtigungen:

Zahnprothese: ja nein

Sehbehinderung: ja nein

Schwerhörigkeit: ja nein

Thromboseneigung: ja nein

Herzschrittmacher: ja nein

Defibrillator: ja nein

Herzinfarkt: ja nein

Krampfleiden: (z.B. Epilepsie) ja nein

Dialysebehandlung: ja nein

Chronisches Organleiden: ja nein

Erfolgte Operationen:

Ich bin Besitzer folgender Ausweise / Pässe

Personalausweis ja nein

Aufbewahrungsort: _____

Organspendeausweis ja nein

Aufbewahrungsort: _____

Impfpass ja nein

Aufbewahrungsort: _____

Allergiepass: ja nein

Aufbewahrungsort: _____

Röntgenpass ja nein

Aufbewahrungsort: _____

Sonstige Unterlagen

Blutspendeausweis: ja nein

Behindertenausweis: ja nein

Implantatausweis: ja nein

Diabetikerausweis: ja nein

Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, könnten Sie in einer von Ihnen beigefügten Hülle ablegen. Für alle anderen Ausweise oder Pässe wird empfohlen, eine Fotokopie in dieser Mappe zu hinterlegen.

Sonstige Unterlagen:

Die Kopien können in die Einlagefächer am Ende der Mappe eingefügt bzw. der Aufbewahrungsort angegeben werden.

- Sozialversicherungsunterlagen (ggf. Aufbewahrungsort)
- Vollmachten (Bitte Aufbewahrungsort angeben, bzw. wer die Vollmacht besitzt)
 - Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung
(Beglaubigung: Landkreis Osnabrück Betreuungsstelle oder Notar)
 - Patientenverfügung
(beim Hausarzt-/Ärztin zusätzlich hinterlegt)
 - Kontovollmacht
(bei der Bank hinterlegt)

Anmerkungen zu den nachfolgenden Formularen:

Hierbei handelt es sich um Mustervordrucke, die Sie nach Ihren persönlichen Vorstellungen und Wünschen ändern können. Wir empfehlen Ihnen, sowohl die Patientenverfügung als auch die Vorsorgevollmacht vollständig auszufüllen und alle zwei Jahre durch eine erneute Unterschrift zu bestätigen.

Im Sinne der Rechtsgültigkeit ist es ratsam, die Formulare amtlich beglaubigen zu lassen (nicht zwingend erforderlich).

Wer seine eigenen Angelegenheiten aufgrund des Alters, einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr ganz oder nur teilweise regeln kann, findet Hilfe und Vertretung im Rahmen der rechtlichen Betreuung.

Weitere Informationen erhalten Sie bei den Betreuungsstellen (siehe nachfolgende Seite).

Betreuungsstellen im Landkreis Osnabrück

Sozialdienst Katholischer Frauen (SKF)

Johannisstraße 91 – 49074 Osnabrück

Tel. 0541 33876-10
Mail: buero@skf-os.de

Bei rechtlichen Betreuungsfragen hilft Ludger Koopmann:

Tel: 0541 33876-22
Mail: LKoopmann@skf-os.de

Katholischer Verein für soziale Dienste e.V. (SKM)

Alte Poststraße 11 – 49074 Osnabrück

Bei rechtlichen Betreuungsfragen hilft Georg Ciupka-Medeke:

Tel.: 0541 33144-23
Mail: g.c-medeke@skm-osnbarueck.de

Betreuungsverein der Diakonie Osnabrück e.V.

Postanschrift : Lohstraße 11 – 49074 Osnabrück

Büroeingang: Lohstraße 09 – 49074 Osnabrück

Tel.: 0541 76018-850
Mail: info@btv-os-diakonie.de

Hilfe für Hörgeschädigte in Niedersachsen e.V.

In Zusammenarbeit mit der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück

Industriestraße 17 – 49082 Osnabrück

Tel.: 0541 9991-0
Fax: 0541 9991-6301
Mail: info@os-hho.de

Landkreis Osnabrück

Am Schölerberg 1 – 49082 Osnabrück

Zuständig für den Landkreis Osnabrück ist Frau Melanie Grote

Tel.: 0541 501-3438
Mail: Melanie.Grote@lkos.de

Vorsorgevollmacht

mit Betreuungsverfügung

Hiermit erteile ich: (Vollmachtgeber/in)

Name:	Vorname:
Strasse:	
PLZ:	Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:

eine Vorsorgevollmacht an: (Vollmachtnehmer/in)

Name:	Vorname:
Strasse:	
PLZ:	Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:

Sollte der/die oben genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein, die sich aus dieser Vollmacht ergebenden Aufgaben wahrzunehmen, bestimme ich zu meinem Ersatzbevollmächtigten

Ersatzvollmachtnehmer/in:

Name:	Vorname:
Strasse:	
PLZ:	Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:

Diese Vertrauenspersonen werden 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 gemäß § 1896 ff. BGB 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 Rechtsgeschäftes 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 Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahme widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie		
- über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 BGB)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Abs. 1 BGB)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
entscheiden. Hinweis: Zwangsmaßnahmen und freiheitsentziehende Maßnahmen sind vom Betreuungsgericht zu genehmigen.		
Sie darf Krankenunterlagen einsehen oder deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Weitere Regelungen, persönliche Wünsche</i>		
Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in:		

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen oder kündigen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Weitere Regelungen, persönliche Wünsche</i>		
Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in:		

Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Weitere Regelungen, persönliche Wünsche</i>		
Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in:		

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, namentlich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1) 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Zahlungen und Wertgegenstände annehmen 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1) 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (§§ 1908 i Abs. 2, § 1804 BGB) 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2) 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Weitere Regelungen, persönliche Wünsche</i>		
Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in:		

Hinweis:

- Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehns (vgl. Ziffer 2.1.5 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
- Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotvollmacht in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Post und Fernmeldeverkehr/Digitale Medien

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

Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, dass mein Betreuer aus dem Kreis der vorgenannten Bevollmächtigten bestimmt wird.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

(Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in):

⇒
(Ort, Datum)

⇒
(Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in)

Beglaubigungsvermerk (von der Urkundsperson Ihrer Betreuungsstelle auszufüllen)		
Die vorstehende Unterschrift / Das vorstehende Handzeichen von		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.		
PLZ	Wohnort	
<input type="checkbox"/> persönlich bekannt <input type="checkbox"/> hat sich ausgewiesen durchNr.:		
<i>ist vor mir als Urkundspersonvollzogen / anerkannt worden.</i> Name Vorname		
Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.		
..... (Ort, Datum) (Unterschrift der Urkundsperson, Dienststempel) (Siegel der Behörde)



Die in dieser Vollmacht mir/uns übertragenen Aufgaben werde/n ich/wir nach bestem Wissen und Gewissen zum Wohle des/der Vollmachtgebers/in erfüllen	
Einwilligungserklärung des/der Vollmachtnehmers/in:	Einwilligungserklärung des/der Ersatzbevollmächtigten:
..... (Ort, Datum, Unterschrift) (Ort, Datum, Unterschrift)
Zeuge (neutrale Person z.B. Ihr Hausarzt)	
..... (Ort, Datum, Unterschrift)	

Patientenverfügung

..... Vorname Nachname Geburtsdatum
..... PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

I. Meine Wünsche und Werte

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

(Bitte kreuzen Sie diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll.)

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

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

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

3.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Unterlassung einer künstlichen Ernährung und die Unterlassung einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).

3.4 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung).

3.5 Blutersatzprodukte

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

3.6 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

3.7 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

3.8 Kreislaufstabilisierende Medikamente

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

- keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten.

3.9 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
 für den Fall, dass ein Notarzt hinzugezogen wird, dass dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

3.10 Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

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

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
 gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
(nur eine der beiden Optionen ankreuzen!)

4. Verbindlichkeit und Widerruf

Ich wünsche, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Willen befolgt wird und der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein Betreuer Sorge für dessen Umsetzung trägt. Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein. Im Falle, dass der behandelnde Arzt und mein Bevollmächtigter sich über meinen mutmaßlichen Willen nicht einig sind, sollen alle Möglichkeiten der Konsensfindung (einschließlich der Einbeziehung einer ggf. vorhandenen Ethikberatung) ausgeschöpft werden. Wenn dadurch keine Konsensfindung möglich ist, soll das Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

Versicherungen und Verträge

Wir empfehlen Ihnen, eine Liste aller Versicherungspolicen zu erstellen und einer Person Ihres Vertrauens zu sagen, wo sich diese befindet.

- Lebensversicherung
- Unfallversicherung
- Haftpflichtversicherung
- Hausratversicherung
- Feuerversicherung
- Gebäudeversicherung
- KFZ-Versicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Sterbekasse / Sterbegeldversicherung
- Sonstige Versicherungen

Liste befindet sich: _____

Das Familienstammbuch befindet sich: _____

Vorsorgende Entscheidungen für den Todesfall:

- Es besteht eine Verfügung für den Todesfall. Sie ist hinterlegt bei:

- Es besteht eine Verfügung für den Bestattungswunsch. Sie ist hinterlegt bei:

- Es besteht ein Testament. Es ist hinterlegt bei:

Finanzen

Girokonten

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Sparkonten

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Weitere Konten

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

zusätzlich verfügungsberechtigt: _____

Sparverträge

Vertragsbezeichnung: _____

Vertragsnummer: _____

Aufbewahrung: _____

Vertragsbezeichnung: _____

Vertragsnummer: _____

Aufbewahrung: _____

Vertragsbezeichnung: _____

Vertragsnummer: _____

Aufbewahrung: _____

Verbindlichkeiten

Darlehnsgeber:
(Name, Anschrift)

Betrag :

Fälligkeit:

Tilgung:

Aufbewahrung/Ort :

Darlehnsgeber:
(Name, Anschrift)

Betrag :

Fälligkeit:

Tilgung:

Aufbewahrung/Ort :

Darlehnsgeber:
(Name, Anschrift)

Betrag :

Fälligkeit:

Tilgung:

Aufbewahrung/Ort :

Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grundbesitzes : _____
(Wiese, Wald, Acker, Teich)

Art der Immobilie : _____
(Wohnhaus, Garage)

Anschrift: _____

Gemarkung: _____

Flur / Flurstück: _____

Grundbuch : _____
(Amtsgericht, Datum)

Eigentumsverhältnis : Alleineigentümer Miteigentümer

Name/Anschrift Miteigentümer : _____

Aufbewahrung / Ort : _____

Art des Grundbesitzes : _____
(Wiese, Wald, Acker, Teich)

Art der Immobilie : _____
(Wohnhaus, Garage)

Anschrift: _____

Gemarkung: _____

Flur / Flurstück: _____

Grundbuch : _____
(Amtsgericht, Datum)

Eigentumsverhältnis : Alleineigentümer Miteigentümer

Name/Anschrift Miteigentümer : _____

Aufbewahrung / Ort : _____

Vorbereitung Krankenhausaufenthalt

- Bei der Anforderung des Krankentransportes bitte eine genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit das Außenlicht einschalten !
(Fenster/Hausnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleine Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).
- Ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- 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)

Ergänzungen: