

NOTFALLMAPPE



für

Name

Vorname

Geburtsdatum





INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	5
Persönliche Daten	6
Im Notfall zu benachrichtigen	6
Hausarzt	7
Apotheke	7
Wichtige Rufnummern	8
Krankenversicherung	9
Ärztliche Behandlungen ambulant	10
Klinische Behandlungen stationär	11
Zahnärztliche Behandlungen	11
Medikamente	12
Impfungen	13
Allergien	13
Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke etc.)	13
Organspenden	13
Versicherungen	14
Vermögensaufstellung	16
Verbindlichkeiten	19
Renten	19
Mitgliedschaften, Abonnements	20
Checkliste Todesfall	21
Nachlassangelegenheiten	22
Krankenhauseinweisung	23
Vorsorgevollmacht	24
Vollmacht zum Heraustrennen	25
Patientenverfügung	28
Verfügung zum Heraustrennen	29
Notizen	32
Impressum	34

Wir bedanken uns ganz herzlich beim Seniorenbeauftragten des Landkreises Schwandorf, Otmar Poguntke, der erstmals eine Notfallmappe in dieser Art erstellt hat.

Seine Notfallmappe diente als Vorbild für diese Broschüre.



VORWORT

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

jeder von uns kann ganz plötzlich – durch Krankheit oder Unfall – auf Hilfe angewiesen sein. Die Servicestelle für Senioren im Landkreis Regensburg hat für Sie deshalb eine Notfallmappe erstellt. Die Broschüre soll dazu beitragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörigen auf einen Notfall besser vorbereitet sind.

Auf den folgenden Seiten finden Sie die wichtigen Adressen und Telefonnummern für den Notfall. Die Broschüre beinhaltet aber auch Vordrucke, auf denen Sie, Ihr Hausarzt oder ein ambulanter Pflegedienst Allergien oder regelmäßig erforderliche Medikamente eintragen können. Nach einem Unfall können diese Einträge für Sie lebensrettend sein. Darüber hinaus können Sie in der Notfallmappe Angaben zu Versicherungen, zur Altersvorsorge und zum Nachlass festhalten. Eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung zum Heraustrennen finden Sie ebenfalls in der Broschüre. Auch einfache Hinweise, die einem im Notfall aber sehr nützlich sein können, wie z. B. ein Merkzettel, welche Dinge für Sie bei einem Krankenhausaufenthalt wichtig sein können, sind in diesem Heft enthalten.

Erneuern Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie diese Mappe leicht erreichbar auf, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihren Versicherungsunterlagen. Weisen Sie Ihre nächsten Angehörigen auf diese Mappe hin.

Gut vorgesorgt zu haben, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen. Weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf die Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für jüngere Personen Sinn macht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Team unserer Servicestelle für Senioren. Hier können Sie auch weitere Exemplare kostenlos bestellen. Die Broschüre finden Sie als digitale Version zum Herunterladen auf unserer Internetseite unter www.landkreis-regensburg.de, Rubrik Bürgerservice, Stichpunkt »Notfallmappe«.

Weitere ausführliche Informationen über unsere Servicestelle für Senioren finden Sie auf der Rückseite dieser Broschüre.

Ich hoffe, diese Notfallmappe gibt Ihnen das gute Gefühl, ein paar wichtige Dinge besser geregelt zu haben und ich wünsche Ihnen, dass Ihre persönliche Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommt.

Ihr

Herbert Mirbeth,

Landrat



PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon / Handy

Blutgruppe

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon / Handy

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon / Handy

HAUSARZT

Name des Arztes

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon / Handy

APOTHEKE

Name der Apotheke

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon



WICHTIGE RUFNUMMERN

Ärztlicher Sonntagsdienst:

Feuerwehr:

Notruf 112

Rettungsdienst:

Notruf 112

Polizei, Überfall:

Notruf 110

Sanitäts- / Rettungswagen:

19222

Ambulanter Pflegedienst:

Stadt- / Gemeindeverwaltung:

Pfarramt:

EC - Kartensperrung:

116 116

KRANKENVERSICHERUNG

Name der Versicherung: _____

Sitz: _____

Tel.-Nr.: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____



KLINISCHE BEHANDLUNGEN – stationär –

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

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

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

NACHWEIS VON IMPFUNGEN

Impfbuch vorhanden

ja

nein

ALLERGIEN

SONSTIGES

(Herzschrittmacher, künstliche Gelenke etc.)

ORGANSPENDEN

Organspendeausweis vorhanden

ja

nein

Organspendeausweis befindet sich



VERSICHERUNGEN (Angaben ergänzen und regelmäßig aktualisieren)

Sterbegeldversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Lebensversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Unfallversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Privathaftpflichtversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Hausratversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Kfz-Versicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Gebäudeversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____



Feuerversicherung:

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Weitere Versicherungen (z. B. Pflegeversicherung, Rechtsschutzversicherung etc.):

VERMÖGENSAUFSTELLUNG

Grundbesitz:

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich _____

Girokonten:

Girokonto-Nr. _____

bei der Bank _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Girokonto-Nr. _____

bei der Bank _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Sparkonten:

Sparbuch/Konto-Nr. _____

bei der Bank _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Das Sparbuch befindet sich _____

Sparbuch/Konto-Nr. _____

bei der Bank _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Das Sparbuch befindet sich _____

Sparbuch/Konto-Nr. _____

bei der Bank _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Das Sparbuch befindet sich _____



Weitere Konten:

Bei Bank _____ Konto-Nr. _____ Kontoart _____

Bei Bank _____ Konto-Nr. _____ Kontoart _____

Bei Bank _____ Konto-Nr. _____ Kontoart _____

Bausparvertrag:

Nr. _____ bei _____

Die Unterlagen befinden sich _____

Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände:

Kontovollmacht:

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

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Konto-Nr. _____ bei Bank _____

Konto-Nr. _____ bei Bank _____

Die Vollmacht befindet sich

VERBINDLICHKEITEN

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich _____

RENTEN

Altersrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Betriebsrente/Zusatzrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____



Witwen-/Witwerrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Private Rentenversicherung und Riesterrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

MITGLIEDSCHAFTEN, ABONNEMENTS

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

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 wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
4. Überlegen, ob Aschenbeisetzung oder Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab.
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.
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes festgelegt 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/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen.
 11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ etc.) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge.



12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
13. Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Fragen an die Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung, Maximilianstraße 9, 93047 Regensburg, Tel. 0941/58490 wenden. Bei Vorsprachen in der Beratungsstelle unbedingt telefonisch einen Termin vereinbaren und Ausweispapiere mitnehmen.
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.
- Mein Testament ist hinterlegt bei _____

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

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung

VORBEREITENDE MAßNAHMEN FÜR EINE KRANKENHAUSEINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten.
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls 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, etc.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen.



VORSORGEVOLLMACHT

Viel zu wenige Menschen in Deutschland denken daran, Vorsorge für weniger gute Zeiten zu treffen – nämlich für den Fall, dass sie infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst wie gewohnt regeln können. Deshalb sollte sich jeder auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für ihn treffen soll, wenn er selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr hierzu in der Lage ist, und wie seine Wünsche und Vorstellungen Beachtung finden können.

Diese Frage wird leider von vielen verdrängt oder auf »später« hinausgeschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und darauf angewiesen zu sein, dass ein anderer für ihn spricht. Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Vormundschaftsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen. Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden. Bundesweit werden derzeit weit mehr als 1 Million Betreuungen geführt.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er unbeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich ein Betreuer nicht bestellt werden.

Eine Vorsorgevollmacht kann aber nur erteilt werden, wenn man noch im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Wenn zur Vorsorgevollmacht nähere Informationen gewünscht werden, bitte an Herrn Kapfhammer (Tel.: 0941/4009-712) oder Frau Achhammer (Tel.: 0941/4009-713) wenden. Es besteht auch die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt amtlich beglaubigen zu lassen.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau _____

Anschrift _____

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich _____



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

(Adresse, Telefon, Telefax)

erteile hiermit Vollmacht an

(Name, Vorname, Geburtsdatum) (bevollmächtigte Person)

(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, so lange 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 Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. ja nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe 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
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch 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 nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. ja nein

* / **) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn nicht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).



- 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

- _____

ja nein

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.
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.
- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

ja nein

ja nein

ja nein

- _____

ja nein

BEHÖRDEN

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

ja nein

VERMÖGENSSORGE

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich

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

Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis auf Seite 28.

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

ja nein

- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

ja nein

*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB).





POST- UND FERNMELDEVERKEHR

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Service »eigenhändig« – entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ja nein

VERTRETUNG VOR GERICHT

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

UNTERVOLLMACHT

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. ja nein

GELTUNG ÜBER DEN TOD HINAUS

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt. ja nein

BETREUUNGSVERFÜGUNG

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

WEITERE REGELUNGEN

- _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin /des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

(Aus: »Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter«, Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-59511-0).





Hinweis:

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

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich bzw. sinnvoll!

PATIENTENVERFÜGUNG

Insbesondere in der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die anderen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlung, künstliche Ernährung o. Ä. begonnen bzw. fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder wenigstens nur Besserung besteht?

Dies sind schwierige Fragen, über die sich jeder vorausschauend und abwägend eine Meinung bilden sollte. Wer sich dem nicht stellt, muss wissen, dass im Ernstfall andere für ihn entscheiden und hierbei mühsam versuchen werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln.

Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer Patientenverfügung. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden.

Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt zu besprechen.

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung. Die Patientenverfügung befindet sich



Für den Fall, dass ich, _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigelegt)

- 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 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 Nr. 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 allen unter Nr. 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange 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 Nr. 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 die Bauchdecke, noch über die Vene)
- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen

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	
Anschrift	
Telefon	Telefax

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. 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 beigelegt 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)

(Aus: »Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter«, Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-59511-0).





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

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.)

(Aus: »Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter«, Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-59511-0).





IMPRESSUM

Herausgeber: Landkreis Regensburg, vertreten durch Landrat Herbert Mirbeth,
Internet: www.landkreis-regensburg.de
E-Mail: pressestelle@landratsamt-regensburg.de
Regensburg 2010

Redaktion: Für den Text verantwortlich:
Markus Roth, Birgitt Retzer, Landratsamt Regensburg

Fotos: Hagen, Lukesch, Fotolia.de

Layout/Satz: Michael Ruderer [www.1sign.de], Hopfenweg 38a, 93197 Zeitlarn

Druck: Firma Scheck Druck KG, Haager Straße 7, 93155 Hemau

Auflage: 2.000 Stück

Gut für die Region.



Sparkasse
Regensburg

Die Mitarbeiter der Servicestelle für Senioren, Behinderte und Heimrecht (v.l.n.r.):
Norbert Gerner, Inge Stadi (Sekretariat), Willi Kapfhammer, Bettina Langschwager,
Josef Seidl, Volker Langner (Leiter der Sozialabteilung im Landratsamt)
und Heidi Achhammer. Kleines Bild: Petra Haslbeck (l.) und Christina Zollner.



Die **Servicestelle für Senioren, Behinderte und Heimaufsicht des Landkreises Regensburg** will helfen, das Wohnen im Alter in den eigenen vier Wänden möglichst lange zu ermöglichen. Der Service ist **kostenlos** und beinhaltet folgende Punkte:

- **Beratungsgespräch mit Problemanalyse vor Ort**
- **Organisation und Vermittlung von ambulanten Hilfsangeboten**
- **Hilfsmittelberatung**
- **Beratung bei Wohnungsanpassung**
- **Beratung bei Behörden- und Versicherungsangelegenheiten**
- **Beratung bei Leistungen der Pflegeversicherung**
- **Hilfe bei Antragstellung**
- **Vermittlung von ambulanten Diensten, Hausnotruf, Essen auf Rädern, Hilfe in Haus und Garten, Einkaufsdienst, Besuchsdienst**

Sie haben Fragen zu Serviceangeboten oder wollen Auskünfte bei Fragen zur Vorsorgevollmacht, zur Betreuungsverfügung oder zu Themen rund ums Alter? **Dann wenden Sie sich an unsere Ansprechpartner im Landratsamt, Altmühlstraße 3, 93059 Regensburg**
E-Mail: heimaufsicht@landratsamt-regensburg.de.



Bettina Langschwager
Tel.: 0941/4009-709
Fax: 0941/4009-299



Norbert Gerner
Tel.: 0941/4009-714
Fax: 0941/4009-299