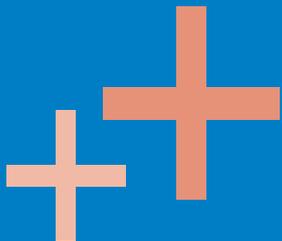


NOTFALLMAPPE



Gemeinde
Hunderdorf



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

www.hunderdorf.de

VORWORT

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

gesundheitliche Beeinträchtigungen kommen oft unvorhergesehen durch plötzliche Krankheiten oder Unfälle und können unser Leben schlagartig ändern. Um in solchen Lebenslagen sicherzustellen, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird, braucht es klare Handlungsanweisungen und einen Überblick zu allen wichtigen Informationen.

Diese Mappe bietet Ihnen die Möglichkeit, alle wichtigen Daten griffbereit zu haben, damit auch im Notfall nach Ihren Vorstellungen gehandelt werden kann. Deshalb ist es wichtig, dass Sie diese Mappe regelmäßig erneuern und einer Vertrauensperson mitteilen, wo sie zu finden ist.

Ich wünsche Ihnen von Herzen, dass diese Notfallmappe noch lange nicht zum Einsatz kommen muss.



Mit freundlichen Grüßen

Ihr Bürgermeister

Max Höcherl

Die ortsansässigen
Ärzte, der Pflegedienst
und die Apotheke wünschen
Ihnen viel Gesundheit!

Praxis

 Dr. med. Michael Hartmann

Facharzt für Allgemeinmedizin

Kirchgasse 8 · 94336 Hunderdorf
Tel. 09422/501120 · Fax 09422/5011222
email: dr.med.hartmann@t-online.de
www.dr-med-michael-hartmann.de



Sprechzeiten: Mo - Fr: 07.30 Uhr bis 11.00 Uhr
Mo + Di: 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Fr: 16.00 Uhr bis 17.00 Uhr



Gisela Sandmann
Zahnärztin

Unser Behandlungsspektrum:

- hochwertige Füllungen
- Zahnersatz – auch auf Implantaten
- Kinderzahnheilkunde
- Zahnfleisch- / Zahnbetterkrankungen
- Zahnärztliche Schlafmedizin / Schnarchtherapie
- Alterszahnheilkunde
- Krebsvorsorge



Sollacher Str. 5 · 94336 Hunderdorf · **Telefon 09422 / 3301**

Besuchen Sie unsere Website: www.zahnarzt-hunderdorf.de



ST. NIKOLAUS
A P O T H E K E

AKTIV FÜR GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN

Dr. Thomas Kammermeier

Sollacher Straße 3 · 94336 Hunderdorf
Telefon 09422 / 999 · Telefax 09422 / 5877

Jörg Lichte
FA für Allgemeinmedizin

Quellenweg 20 A ärztlicher
94336 Hunderdorf Bereitschaftsdienst
Tel. 09422/16 16 116 117



Mobile Krankenpflege Marianne Maier

Rammersberg 17 · 94336 Hunderdorf
Telefon: 09961 359 · <http://krankenpflege-maier.de>

Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

Blutgruppe

Handy

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, Ort

Telefon

Handy

Zahnarzt

Name des Zahnarztes

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Handy

Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Nr. der Versichertenkarte

Versichertenkarte befindet sich

Zusatzversicherung (z. B. Einbettzimmer, Chefarztwahl usw.)

Medikamente

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends	nachts

Medikamenten- Marcumar- bzw. Allergieausweis Ja Nein

Wo befindet sich der Ausweis: _____

Ärztliche Behandlungen (ambulant)

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

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

Impfbuch befindet sich: _____

Allergien (Allergieausweis)

Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke,)

Organspenden

Organspendeausweis vorhanden

Ja

Nein

Organspendeausweis befindet sich: _____

Bestattung

Frau Scheibenthaler (siehe vorletzte Seite)

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, usw.)

Vermögensaufstellung / Verbindlichkeiten

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien/Grundbesitz:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/ Miteigentümer

Notar: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Meine Hausbank

Institutsname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Ansprechpartner

Hinweis:

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nur mit einer bei der Bank hinterlegten Vollmacht, Zugriff auf das bestehende Konto des Inhabers dieser Notfallmappe besteht.

Renten

Altersrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: _____

Betriebsrente/Zusatzrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: _____

Witwen-/Witwerrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: _____

Pension

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: _____

Private Rentenversicherung und Riesterrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Wo befinden sich die Unterlagen: _____

Weitere Renten:

Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge von Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, folgendes fest:

Zu meinem Betreuer / meiner Betreuerin soll bestellt werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, E-Mail

Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer / zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, E-Mail

Auf keinen Fall sollen folgende Personen zum Betreuer / zur Betreuerin bestellt werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, E-Mail

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, E-Mail

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

Ort, Datum

Unterschrift

HINWEIS:

Die nachfolgenden Seiten über Vollmachten und Patientenverfügung müssen stets aktuell gehalten werden. Jede Person ist selber dafür verantwortlich.

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 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 das Landratsamt Straubing-Bogen, Tel.: 09421 973-133 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

Vorsorgevollmacht

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

(Adresse, Telefon, Telefax)

Erteile hiermit Vollmacht an _____ (bevollmächtigte Person)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

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** **Nein**
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).* **Ja** **Nein**
- Sie darf insbesondere eine Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§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. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Rechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. **Ja** **Nein**

* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts (§1906 Abs. 2, 3a und 5), 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) einschließlich ärztlicher Zwangsmaßnahmen (§1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.* Ja Nein

- _____ Ja Nein

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja Nein
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. Ja Nein
- Sie darf meinen Haushalt auflösen. Ja Nein
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich der Kündigung wahrnehmen Ja Nein
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja Nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertrags-gesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja Nein
- _____ 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
 - 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 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, 3a und 5 BGB).

Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. **Ja** **Nein**

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. **Ja** **Nein**

Behörden

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

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmachten erteilen. **Ja** **Nein**

Vertretung vor Gericht

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

Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. **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 siehe Seite 11

(Ort, Datum) (Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum) (Unterschrift des Bevollmächtigten)

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 (Medikamentenplan Seite 3)
- ✓ Geld (nur geringer Betrag)
- ✓ Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- ✓ evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- ✓ Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, ...)
- ✓ gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen
- ✓ Notfallmappe mitnehmen

Patientenverfügung

Insbesondere in der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die Anderen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Falle einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbstständigkeit 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

Patientenverfügung

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 beigefügt)

- 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 unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.
- Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, 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 gelegentlich Reaktion auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. durch Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustandes aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich in Folge 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 Punkt 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 lehne ich Folgendes ab:

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebungsmaßnahmen.

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

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung).

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung
durch _____

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen **Ja** **Nein**
- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. **Ja** **Nein**
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. **Ja** **Nein**
- Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor
oder
- gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

Ort, Datum

Unterschrift

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß §1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein um meinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln, soll folgender/n Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.

Name	Anschrift	Telefon

Folgende Personen sollen nicht zu Rate gezogen werden:

Name	Anschrift	Telefon

Ärzte/Ärztinnen meines Vertrauens (Angabe nur zur Information):

Name	Anschrift	Telefon

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Name	Anschrift	Telefon

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 empfehlenswert, aber keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit der Verfügung.

Ort	Datum	Unterschrift

Die Hinweise und Textmuster wurden nach bestem Wissen erstellt bzw. wiedergegeben. Eine rechtsverbindliche Beratung durch Fachkräfte können sie aber nicht ersetzen. Eine Haftung für materielle oder ideelle Schäden ist daher ausgeschlossen.

Stand: September 2020

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 116 117 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern erfolgt die Ausstellung der Todesbescheinigung dort.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.

Bei Punkt 3-6 bitte die gemeindliche Bestattungsfrau Irene Scheibenthaler verständigen unter der Tel: 0160/1688319 oder 09422/4851.

3. Bei Todesfällen im häuslichen Bereich, wie auch in einem Krankenhaus ist die Bestattungsfrau Irene Scheibenthaler wegen der Überführung zu benachrichtigen.
4. Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung, Einzel- oder Familiengrab, Urnengräberfeld oder Urnenwand.
5. Zur Beurkundung des Sterbefalles sind jeweils dem zuständigen Standesamt folgende Unterlagen vorzulegen:
 - Personalausweis und/oder Reisepass des/der Verstorbenen
 - Todesbescheinigung
 - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
 - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
 - Evtl. Scheidungsurteil
6. Durch die Bestattungsfrau Irene Scheibenthaler wird in Absprache mit den Angehörigen, sowie dem Seelsorger der Bestattungstermin bestimmt. Bei nicht religiösen Beerdigungen kann Kontakt zu anderen Begleitungsformen hergestellt werden.

7. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen.
8. Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen.
9. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen einschließlich Versorgungs- und Rentenversicherungsträger bei welchem für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben. – Sterbeurkunde beilegen.
10. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pacht, Telefon, Strom, Gas, GEZ, ...) und Kündigung eventuell laufender Abbuchungsverträge.
11. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
12. Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Ihrer Gemeinde- oder Stadtverwaltung.

Wichtige Rufnummern

Ärztlicher Bereitschaftsdienst.....	116 117
Dr. med. Michael Hartmann.....	09422 501120
Praxis Jörg Lichte.....	09422 1616
Zahnärztin Gisela Sandmann.....	09422 3301
Mobile Krankenpflege Marianne Maier.....	09961 359
Bestattung Irene Scheibenthaler.....	09422 4851
Apotheke St. Nikolaus Hunderdorf.....	09422 999
Feuerwehr / Rettungsdienst / Krankentransporte.....	Notruf 112
Polizei.....	Notruf 110
Gemeindeverwaltung Hunderdorf.....	09422 85700
Pfarramt: katholisch.....	09422 2243
evangelisch.....	09422 1243
EC – Kartensperrung.....	116 116
Klinik Bogen.....	09422 822-0
Klinikum Straubing.....	09421 710-0

