

Notfallmappe

FÜR:

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

Liebe Grafschafterinnen und Grafschafter,

Unfälle und/oder Krankheiten sind nicht vorhersehbar und können in jedem Alter plötzlich eintreten. Da ist es sehr hilfreich, wenn man vorsorgt und die wichtigsten Informationen gleich zur Hand hat.

Diese Notfallmappe bietet Ihnen die Möglichkeit, alle wichtigen Daten gebündelt und auf einen Griff erreichbar für Sie selbst und Ihre Vertrauenspersonen verfügbar zu halten. Sie wurde mit der Hospizhilfe Grafschaft Bentheim, der Euregio-Klinik, dem Grafschafter Ärztenetz, der Betreuungsstelle und dem Senioren- und Pflegestützpunkt entwickelt.

Die beigelegten Muster der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung sind als Beispiele zu verstehen. Wenn Sie bereits eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht verfügt haben, können diese anstatt der Muster eingeklebt werden.

Bitte kontrollieren Sie Ihre Notfallmappe von Zeit zu Zeit auf Aktualität und korrigieren Sie die Angaben bei Bedarf. Wichtig ist auch die Notfallmappe möglichst zentral und leicht auffindbar aufzubewahren und informieren Sie bitte auch ihre Angehörigen, wo sie die Unterlagen finden.

Mit allen guten Wünschen für Ihr Wohlergehen verbleibe ich



Uwe Fietzek
Landrat

Wichtige Notrufnummern

Polizei

110

Feuerwehr

112

Rettungsdienst einschließlich Notarzt

112

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

11 61 17

(bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen außerhalb der Praxisöffnungszeiten)

Giftnotrufzentrale Göttingen

05 51 / 19 24-0

Persönliche Daten

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, WOHNORT

TELEFONNUMMER

MOBILNUMMER

KRANKENKASSE

VERSICHERUNGSNUMMER

Pflegegrad ☐ JA ☐ NEIN
PFLEGEGRAD

☐ beantragt

Im Notfall bitte benachrichtigen

NAME

VORNAME

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, WOHNORT

TELEFONNUMMER

MOBILNUMMER

☐ ☐ ☐
GESETZLICHER BETREUER (FALLS VORHANDEN)

Patientenverfügung vorhanden

☐ ☐ ☐
VORSORGEVOLLMÄCHTIGTER (FALLS VORHANDEN)

☐ JA ☐ NEIN

HAUSARZT

TELEFONNUMMER

AMBULANTER PFLEGEDIENST/SENIORENEINRICHTUNG

TELEFONNUMMER

Im Notfall zu beachten

(WER HAT Z.B. FÜR MEINE WOHNUNG/BÜRO/GARAGE ODER ÄHNLICHES EINEN SCHLÜSSEL; WER VERSORGT DIE TIERE IM NOTFALL, EC-KARTENSPIERRUNG TEL.-NR.: 116116)

Medizinische Daten

Medizinische Daten

Wichtige Diagnosen

(Kopie letzter aktueller Arztbrief bitte einlegen)

Behandelnde Fachärzte

NAME

TELEFONNUMMER

NAME

TELEFONNUMMER

NAME

TELEFONNUMMER

Medikamentenplan

(aktuellen Ausdruck bitte einlegen)

Allergien

☐

JA

☐

NEIN

(FALLS VORHANDEN, WORAUF)

Allergiepass

☐

JA

☐

NEIN

(WENN JA, AUFBEWAHRUNGORT)

Organspende

Organspendeausweis

☐

JA

☐

NEIN

(WENN JA, AUFBEWAHRUNGORT)

Vorsorgevollmacht

(Die eingefügte Vorsorgevollmacht ist ein Muster.
Sie können hier alternativ Ihre bereits vorhandene Vorsorgevollmacht einlegen).

Vorsorgevollmacht

von (DATEN VOLLMACHTGEBER/IN)

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM/-ORT
PLZ, WOHNORT	STRASSE, HAUSNUMMER	TELEFONNUMMER
MOBILNUMMER	E-MAIL	

Ohne Zwang und aus freiem Willen bevollmächtigte ich (DATEN BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON)

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM/-ORT
PLZ, WOHNORT	STRASSE, HAUSNUMMER	TELEFONNUMMER
MOBILNUMMER	E-MAIL	

Und bei Verhinderung der vorgenannten Person (DATEN BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON)

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM/-ORT
PLZ, WOHNORT	STRASSE, HAUSNUMMER	TELEFONNUMMER
MOBILNUMMER	E-MAIL	

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

2. 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 neuen Wohnungsmietvertrag abschließen oder kündigen.

☐ JA

☐ NEIN

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

☐ JA

☐ NEIN

Eigene Ergänzung:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Behörden

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

☐ JA

☐ NEIN

Eigene Ergänzung:

.....

.....

.....

.....

.....

4. 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 (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden [Hinweis 1](#)).

☐ JA

☐ NEIN

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

☐ JA

☐ NEIN

- Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden **Hinweis 1**). ☐ JA ☐ NEIN

- 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 ☐ NEIN

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

Eigene Ergänzung:

.....

.....

.....

.....

.....

Folgende Geschäfte soll sie NICHT wahrnehmen können:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hinweis:

1. Bitte bedenken Sie, dass für einige spezielle Vollmachten (bspw. bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder für die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens) eine individuelle Form erforderlich ist. **Hierzu ist eine notarielle Beratung unerlässlich.**

2. 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 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.

5. 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

6. Vertretung vor Gericht

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

☐ JA ☐ NEIN

7. Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vorsorgevollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

☐ JA ☐ NEIN

8. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

☐ JA ☐ NEIN

- Falls eine Untervollmacht notwendig ist, bitte folgende Person:

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM/-ORT
PLZ, WOHNORT	STRASSE, HAUSNUMMER	TELEFONNUMMER

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vorsorgevollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ JA ☐ NEIN

10. Weitere Regelungen

- z. B. Zugangsdaten für digitale Angelegenheiten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Bestätigung durch die Bevollmächtigten

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vorsorgevollmacht in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den Wünschen und Werten der Vorsorgevollmachtgeberin/ des Vorsorgevollmachtgebers zu orientieren.

1. Vorsorgebevollmächtigte/r

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

2. Vertreter der/des Vorsorgebevollmächtigten

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

Hinweis auf eine existierende Patientenverfügung/Betreuungsverfügung

- ☐ Ich besitze eine Patientenverfügung. Der Vorsorgebevollmächtigte hat die in meiner Patientenverfügung geäußerten Erklärungen zu achten. Ich habe mit meinem/meiner Vorsorgebevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.

oder

- ☐ Ich besitze keine Patientenverfügung.

12. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Mit ist bekannt, dass ich diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

Patientenverfügung

(Die eingefügte Patientenverfügung wurde in Anlehnung an das Formular des Malteser Hilfsdienst erstellt. Sie können hier alternativ Ihre bereits vorhandene Patientenverfügung einlegen)

von

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM/-ORT
PLZ, WOHNORT	STRASSE, HAUSNUMMER	TELEFONNUMMER

1. Meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

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.

Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben:

.....

.....

.....

.....

.....

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.
- ☐ mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

- ☐ (Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll. Es sollen dabei aber nur Situationen beschrieben werden, die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit einhergehen können.)

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

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ dass alle medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

oder

- ☐ 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 erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- ☐ aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

oder

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

3.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

- ☐ dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

- ☐ die Unterlassung einer künstlichen Ernährung.

- ☐ die Unterlassung einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung).

- ☐ eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.

3.4 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- oder**
- ☐ 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 ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

3.5 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- oder**
- ☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

3.6 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- oder**
- ☐ dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung).

3.7 Blutersatzprodukte

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- oder**
- ☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen (außer zur Beschwerdelinderung).

3.8 Kreislaufstabilisierende Medikamente

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ die Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- oder**
- ☐ keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten (außer zur Beschwerdelinderung).

3.9 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- ☐ 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.

oder

- ☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

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.

oder

- ☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

3.11 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen:

4. Aufenthalt und Begleitung

Bei den unter 2. beschriebenen Situationen möchte ich

- ☐ wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- ☐ wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.
- ☐ ins Krankenhaus verlegt werden.

- ☐ von folgenden Personen begleitet werden:

.....

.....

.....

- ☐ seelsorgliche Begleitung erhalten.
- ☐ das Sakrament der Krankensalbung empfangen.

Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

.....

.....

.....

5. Verbindlichkeit und Widerruf

- ☐ Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußelter Wille 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, erwarte ich von meinem Bevollmächtigten bzw. meinem Betreuer, dass er das Betreuungsgericht einschaltet.
- ☐ Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.
- ☐ Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.
- oder
- ☐ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit dem/der/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.

☐ JA ☐ NEIN

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt.

☐ JA ☐ NEIN

6. Aufklärung

- ☐ Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

oder

- ☐ Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.

7. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

Bei der Erstellung wurde ich beraten von:

(Angaben nicht erforderlich)

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM/-ORT

Bestätigung durch einen Zeugen /eine Zeugin:

(Angaben nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/ vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM/-ORT

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

8. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

(1)	NAME, VORNAME	AM (DATUM)
-----	---------------	------------

(2)	NAME, VORNAME	AM (DATUM)
-----	---------------	------------

(3)	NAME, VORNAME	AM (DATUM)
-----	---------------	------------

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.

(Wenn ich meine Patientenverfügung nicht in regelmäßigen Abständen bestätigt habe, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.)

1. Bestätigung

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT
------------	--------------

2. Bestätigung

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT
------------	--------------

3. Bestätigung

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT
------------	--------------

4. Bestätigung

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT
------------	--------------

5. Bestätigung

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT
------------	--------------

6. Bestätigung

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT
------------	--------------

Checklisten

Checkliste (1)

Vorbereitende Maßnahmen einer Krankenhauseinweisung

Bei Anforderung des Krankentransports:

- genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten, damit die Hausnummer gut lesbar ist
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)

Bei Krankenhauseinweisungen bitte bedenken:

- Krankenversichertenkarte
- Personalausweis
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Geld (nur geringfügiger Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Eventuell Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, **Haustiere** etc.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

Checkliste (2)

Erste Schritte bei einem Todesfall

1. Bei Todesfällen zu Hause den Arzt 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. Überlegungen zur Bestattung (Aschenbeisetzung oder Erdbestattung im 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
 - Eventuell Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet.
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Todesanzeige bei den Tageszeitungen aufgeben.
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden (Sterbeurkunde beilegen).
9. Mitteilung an Bank über den Todesfall (Sterbeurkunde beilegen).
10. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen, bei denen für den/die Verstorbene/n Verträge bestanden haben (Sterbeurkunde beilegen).
11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ, Internet-Hostingvertrag, etc.) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge.
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft besteht.
13. Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Fragen an die zuständige Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung wenden. Bei Vorsprachen in der Beratungsstelle unbedingt telefonisch einen Termin vereinbaren und Ausweispapiere mitnehmen.
14. Eventuell Danksagungen bei den Tageszeitungen aufgeben.

Vorgenannte Tätigkeiten können Sie zum größten Teil auch kostenpflichtig einem Bestatter übertragen.

Ansprechpartner

Betreuungsstelle des Landkreises

Hospizhilfe Grafschaft Bentheim e.V.

Senioren- und Pflegestützpunkt

0 59 21 / 96 65 20

0 59 21 / 7 54 00

0 59 21 / 96 18 50

Landkreis Grafschaft Bentheim – Gesundheitsamt | Am Bölt 27, 48527 Nordhorn | Tel. 05921-96-1867
gesundheitsregion@grafenschaft.de | www.gesundheitsregion.grafenschaft-bentheim.de