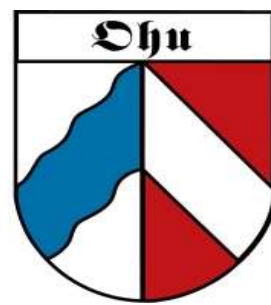


Notfallmappe



Markt Essenbach

Seniorenbeirat

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum:

Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

natürlich hoffen wir alle, dass ein Notfall nie eintritt. Doch oft verändern Schicksalsschläge, sei es durch Krankheit oder Unfall, das ganze Leben. In dieser Situation tritt dann oft die Frage auf, ob der Betroffene alles für sich selbst und gegenüber den Angehörigen geregelt hat.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern für den Notfall. Eingebunden sind aber auch Vordrucke, auf denen Sie z. B. Ihren Hausarzt, regelmäßig erforderliche Medikamente, Allergien oder Versicherungsdaten eintragen können. Und schließlich auch Formulare für Ihre persönlichen Verfügungen im Falle der Pflegebedürftigkeit oder des Ablebens.

Machen Sie von diesem Angebot Gebrauch und bewahren Sie diese Mappe leicht erreichbar, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihren Versicherungsunterlagen, auf. Gut vorgesorgt zu haben, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen. Weisen Sie auch Angehörige, Bekannte, Freunde und Nachbarn auf die Möglichkeit einer Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für jüngere Personen Sinn macht.

Wir hoffen, dass Ihnen diese Notfallmappe das gute Gefühl gibt, ein paar wichtige Dinge übersichtlich geregelt zu haben.

Mit besten Grüßen



Dieter Neubauer
Erster Bürgermeister



Siegfried Christl
Seniorenbeiratsvorsitzender

Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon	Handy
Blutgruppe	

Im Notfall zu benachrichtigen:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon	Handy

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon	Handy

Hausarzt

Name

Adresse

Telefon

Apotheke

Name

Adresse

Telefon

Name

Adresse

Telefon

Wichtige Rufnummern

Feuerwehr/Rettungsdienst	112
Polizei	110
Markt Essenbach	08703/808-0

Medikamente

Name des Medikamentes	Einnahmezeit		

Allergien

Sonstiges

(Herzschrittmacher, künstliche Gelenke,....)

Organspenden

Organspendeausweis vorhanden: Ja Nein

Organspendeausweis befindet sich: _____

Versicherungen

Krankenversicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Nummer der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____

Sterbegeldversicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

Lebensversicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

Unfallversicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

Privathaftpflichtversicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

Hausratsversicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

Kfz-Versicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

Gebäudeversicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

Feuerversicherung:

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

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

Name der Versicherung: _____

Zuständiger Vertreter (Anschrift und Telefonnummer):

Versicherungsnummer: _____

Vermögensaufstellung / Verbindlichkeiten

1. Vermögensaufstellung

Grundbesitz:

Folgende Immobilien befinden sich in meinem Besitz:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Alleinbesitz

Girokonten:

Girokonto-Nummer: _____

Bei der Bank: _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Sparkonten:

Sparbuch/ -konto-Nummer: _____

Bei der Bank: _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Das Sparbuch befindet sich: _____

Sparbuch/ -konto-Nummer: _____

Bei der Bank: _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Das Sparbuch befindet sich: _____

Weitere Konten:

Bei der Bank: _____

Konto-Nummer: _____

Kontoart: _____

Bei der Bank: _____

Konto-Nummer: _____

Kontoart: _____

Bausparvertrag:

Bei der Bank: _____

Vertragsnummer: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Wertpapiere, Aktien und sonstige Vermögensgegenstände:

Bei der Bank: _____

Vertragsnummer: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Bei der Bank: _____

Vertragsnummer: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Bei der Bank: _____

Vertragsnummer: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Vollmachten:

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

Bei der Bank: _____

Konto-Nummer: _____

Bei der Bank: _____

Konto-Nummer: _____

Die Vollmacht befindet sich: _____

2. Verbindlichkeiten

Darlehen	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich: _____

Mein Testament ist hinterlegt bei:

Renten:

Altersrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Betriebs-/Zusatzrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Witwen-/Witwerrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Private Rentenversicherung und Riesterrente:

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Pension:

Versicherungsträger: _____

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

Vorbereitende Maßnahmen bei einer 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)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere usw.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

Benötigte Artikel

- Krankenversichertenkarte
- Personalausweis
- Geld (geringer Betrag)
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Anschrift und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche
- Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät
- Bisher einzunehmende Medikamente

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 Betrachtung 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 eine Million Betreuungen geführt.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er uneingeschränkt 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.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht.

Ich habe

Herrn/Frau _____

Anschrift: _____

bevollmächtigt.

Die Vorsorgevollmacht befindet sich:

Vollmacht

Ich,

(Name, Vorname und Geburtsdatum)

(Adresse und Telefon)

erteile hiermit Vollmacht an:

(Name, Vorname und Geburtsdatum)

(Adresse und Telefon)

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, 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 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 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

- Sie darf insbesondere eine 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. ¹

Ja

Nein

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

Ja

Nein

¹ 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).

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 Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

Ja

Nein

- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

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
 - 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

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

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

Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben Fort gilt

Ja

Nein

Betreuungsverfügung

- Fallstrotz 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)

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:

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, _____
(Vorname, Nachname)

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.

Ja

Nein

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 aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen in seltensten Fällen gewisse Fähigkeiten zu Wahrnehmungen oder Empfindungen erhalten sein können und dass ein Aufwachen aus solchem Zustand niemals mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, allerdings äußerst unwahrscheinlich ist.

Ja

Nein

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.

Ja

Nein

Wenn ich in Folge eines \-Veit 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.

Ja

Nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

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.

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Keine Wiederbelebensmaßnahmen.

Ja

Nein

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).

Ja

Nein

Keine Flüssigkeitsabgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung).

Ja

Nein

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

3. Ich wünsche eine Begleitung

durch Hospizdienst _____

durch Seelsorge (Konfession) _____

durch _____

Persönliche Wünsche und Anmerkungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Ja

Nein

Ich habe einen Organspende Ausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Ja

Nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende ("Organspende Ausweis"), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt 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

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß

§ 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein um meinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln, soll folgender/ n Personen Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name	Anschrift	Telefon

Folgende Personen sollen **NICHT** zur Rate gezogen werden:

Name	Anschrift	Telefon

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 Urnenbeisetzung oder Erdbestattung, Reihen- oder Familiengrab
5. spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt Essenbach (Tel.: 08703/ 808-22) oder Standesamt des Sterbeortes beantragen.
Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
 - Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
 - Todesbescheinigung
 - bei Nichtverheirateten:
Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
 - bei Verheirateten:
Eheurkunde oder Familienstammbuch

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 einschl. Versorgungs- und Rententräger bei welchen für die/den Verstorbenen Verträge bestanden haben
- *Sterbeurkunde beilegen*
11. schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ ...) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge
12. schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
13. Witwen/Witwerrente beantragen
- *bei Ihrer Gemeinde- oder Stadtverwaltung*