

# Notfallmappe

## Markt Essenbach – Seniorenbeirat



**Vor-/Nachname:**

---

**Geburtsdatum:**

---

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	05
Persönliche Daten/Im Notfall zu benachrichtigen .....	06
Hausarzt/Apotheke/Wichtige persönliche Kontakte .....	07
Medikamente/Allergien/Sonstiges/Organspenden .....	08
Vorbereitende Maßnahmen bei Krankenhauseinweisung/ Benötigte Gegenstände/Packliste .....	09
Versicherungen .....	10
Vermögensaufstellung/Verbindlichkeiten/Testament.....	13
Renten/Mitgliedschaften.....	17
Vorsorgevollmacht.....	18
Patientenverfügung.....	26
Checkliste „Erste Schritte nach einem Todesfall“ .....	33
Digitaler Nachlass .....	34
Wichtige Telefonnummern .....	35



### **Der Essenbacher Seniorenbeirat**

vorne von links:

Gerda Freifrau von Rechenberg, Michael Bleichner,  
Maria Schwierz, Otmar Simon, Vorsitzender Siegfried  
Christl, Günter Tafelmeier, Stv. Vorsitzende Josefine  
Wagner, Ludwig Ganslmeier, Johann Meier

sowie hinten von links:

Bruno Niesner, Dr. Johann Oswald, Hans Ganslmeier,  
Rosa Fischer und Erwin Spagerer

Der Seniorenbeirat ist erreichbar unter

Tel. 08703/808-65

mobil 0151/21354795

E-Mail [seniorenbeirat@essenbach.de](mailto:seniorenbeirat@essenbach.de)

## **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

<b>Familienname</b>	<b>Vorname</b>
Geburtsdatum	Geburtsort
Wohnort	Telefon
Straße	Handy
E-Mail	
Blutgruppe	

## Im Notfall zu benachrichtigen

<b>Familienname</b>	<b>Vorname</b>
Geburtsdatum	Geburtsort
Wohnort	Telefon
Straße	Handy
E-Mail	

<b>Familienname</b>	<b>Vorname</b>
Geburtsdatum	Geburtsort
Wohnort	Telefon
Straße	Handy
E-Mail	

## Hausarzt

<b>Name</b>	
Ort	Telefon
Straße	Handy
E-Mail	www

## Apotheke

<b>Name</b>	
Ort	Telefon
Straße	Handy
E-Mail	www

## Wichtige persönliche Kontakte

	Telefon
	Telefon
	Telefon

## Medikamente

Stand: \_\_\_\_\_ (Datum)

Bezeichnung des Medikaments	Einnahmezeit			
	morgens	mittags	abends	nachts

## Allergien


## Sonstiges

(Herzschrittmacher, künstl. Gelenke, frühere Krankheiten, Operationen...)


## Organspenden

Organspendeausweis vorhanden:    \_\_\_ Ja                            \_\_\_ Nein

Organspendeausweis befindet sich: \_\_\_\_\_

## Vorbereitende Maßnahmen bei einer Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- Für gute Sichtbarkeit der Hausnummer sorgen
- 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 Gegenstände / Packliste

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

# Versicherungen

## Krankenversicherung

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Nummer der Versichertenkarte
Versichertenkarte befindet sich

## Unfallversicherung

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Lebensversicherung

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Sterbegeldversicherung

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Kfz-Versicherung

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Feuerversicherung (früher: Landesbrandversicherung)

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Wohngebäudeversicherung

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Hausratsversicherung

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Weitere Versicherungen (z. B. Pflege-, Rechtsschutzversicherung...)

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

Name der Versicherung
Zuständiger Ansprechpartner (Adresse, Telefon, E-Mail)
Versicherungsnummer

## Vermögensaufstellung/Verbindlichkeiten

### Grundbesitz – folgende Immobilien sind in meinem Besitz:

Art
Gemarkung
Flurnummer
weitere Eigentümer

Art
Gemarkung
Flurnummer
weitere Eigentümer

Art
Gemarkung
Flurnummer
weitere Eigentümer

### Girokonten:

Girokonto-Nr.
Bank
Außer mir verfügbare:

Girokonto-Nr.
Bank
Außer mir verfügbare:

**Sparkonten:**

Sparbuch/Sparkonto-Nr.
Bank
Außer mir verfügbungsberechtigt:
Das Sparbuch befindet sich:

Sparbuch/Sparkonto-Nr.
Bank
Außer mir verfügbungsberechtigt:
Das Sparbuch befindet sich:

**Weitere Konten:**

Konto-Nr.
Bank
Kontoart:
Außer mir verfügbungsberechtigt:

Konto-Nr.
Bank
Kontoart:
Außer mir verfügbungsberechtigt:

**Bausparvertrag:**

Bank/Institut
Vertragsnummer:
Die Unterlagen befinden sich:

**Wertpapiere (z. B. Aktien), Sparbrief, Sonstiges:**

Bank/Institut
Vertragsnummer:
Die Unterlagen befinden sich:

Bank/Institut
Vertragsnummer:
Die Unterlagen befinden sich:

Bank/Institut
Vertragsnummer:
Die Unterlagen befinden sich:

**(Bank-) Vollmachten:**

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

Name
Bei der Bank:
Kontonummer:

Name
Bei der Bank:
Kontonummer:

Die Vollmachten befinden sich ...

--

## 2. Verbindlichkeiten

Darlehen (Bank/Institut)
Betrag
Fälligkeit
Tilgung

Darlehen (Bank/Institut)
Betrag
Fälligkeit
Tilgung

Darlehen (Bank/Institut)
Betrag
Fälligkeit
Tilgung

Die Vollmacht befindet sich ...

--

## Testament

Mein Testament befindet sich:


# Renten

## Altersrente

Versicherungsträger
Versicherungsnummer

## Betriebs-/Zusatzrente

Versicherungsträger
Versicherungsnummer

## Private Rentenversicherung und Riesterrente

Versicherungsträger
Versicherungsnummer

## Pension

Versicherungsträger
Versicherungsnummer

## Witwen-/Witwerrente

Versicherungsträger
Versicherungsnummer

# Mitgliedschaften

## In folgenden Vereinen und Organisationen


## 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 durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst wie gewohnt regeln können. Deshalb sollte sich jeder einmal die Frage stellen, wer Entscheidungen für ihn treffen soll, wenn er selbst hierzu vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr 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 bei Bedarf eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen. Das Gericht wird dabei 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.

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 kein Betreuer bestellt werden.

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

## Vollmacht

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname und Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse und Telefon)

erteile hiermit Vollmacht an:

1. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname und Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse und Telefon)

2. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname und Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse und Telefon)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich nachfolgend 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 bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts das Original vorlegen kann.

\_\_\_\_\_  
bezeugt (z. B. Hausarzt ...)

Die Vollmacht befindet sich:

\_\_\_\_\_

## Gesundheits- / Pflegebedürftigkeit

• Der/Die Bevollmächtigte darf in allen Angelegenheiten der Gesundheits- / Pflegebedürftigkeit 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.<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> 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

- Der/Die Bevollmächtigte darf über 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

### 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

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

Ja

Nein

### Weitere Regelungen/Ersatzperson

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Ort, Datum)

**(Unterschrift Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber)**

(Ort, Datum)

**(Unterschrift Vollmachtnehmerin/Vollmachtnehmer)**

# Patientenverfügung

Insbesondere in der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die anderen Personen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall 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 man sich 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)**

---

**(Geburtsdatum)**

---

**(Anschrift)**

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 eine Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für eine 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. Das Aufwachen aus einem solchem Zustand kann niemals mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden, ist allerdings äußerst unwahrscheinlich.

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 weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit andauernder 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, besonders Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, 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 Wiederbelebungsmaßnahmen.

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 Flüssigkeitsgabe (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 Anregungen

---

---

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 Organspendeausweis 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 („Organspendeausweis“), 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 Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name
Anschrift
Telefon
E-Mail

Folgende Person/en soll/en **NICHT** zu Rate gezogen werden:

Name
Anschrift
Telefon
E-Mail

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit der Verfügung.

Vorname, Name
Ort, Datum
Unterschrift

Vorname, Name
Ort, Datum
Unterschrift

Vorname, Name
Ort, Datum
Unterschrift

Vorname, Name
Ort, Datum
Unterschrift

Vorname, Name
Ort, Datum
Unterschrift

## Checkliste „Erste Schritte bei einem Todesfall“

Bei einem Todesfall ist es für Angehörige oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die folgenden Hinweise können helfen, nötige 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
4. Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung, Reihen- oder Familiengrab
5. Falls nicht ein Bestattungsinstitut beauftragt wurde, 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 zusammen mit der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Falls gewünscht Todesanzeigen bei der Tageszeitung 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 Rententrägern, 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 bei der Gemeinde- oder Stadtverwaltung beantragen

### Digitaler Nachlass

Eine Zusammenstellung meines „digitalen Nachlasses“, wie z. B. Passwörter, Online-Zugänge, PIN-Nummern etc., befindet sich an folgendem Ort:

---

Bevollmächtigte Person:

---

## Wichtige Telefonnummern

Notruf .....	112
Polizei .....	110
Ärztlicher Bereitschaftsdienst .....	116117
Hausarztpraxis Pomarius .....	08703 - 1414
ZIAM Hausarztpraxis Dr. Wild .....	08703 - 4651910
Sozialstation Essenbach .....	08703 - 91652
Pflege- und Betreuungsdienst Prochaska .....	08703 - 4653744
Caritas Alten- und Pflegeheim St. Wolfgang .....	08703 - 93440
Pflegestützpunkt Region Landshut .....	0871 - 3198950
Rathaus Essenbach .....	08703 - 808-0



Nähere Informationen zum Seniorenbeirat  
auch unter

**[www.essenbach.de/leben-wohnen/seniorenbeirat](http://www.essenbach.de/leben-wohnen/seniorenbeirat)**  
und im monatlichen **Gemeindeinfo**