



COBURG
Der Landkreis

NOTFALLMAPPE

Ich bin vorbereitet



Grußwort Landrat

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

niemand wünscht sich, von einem medizinischen Notfall betroffen zu sein. Wenn er aber eintritt, kann es entscheidend sein, so schnell wie möglich wichtige Informationen zur Hand zu haben. Unser Fachbereich Senioren am Landratsamt Coburg hat für Sie eine Notfallmappe zusammengestellt. Nutzen Sie diese und tragen Sie dort Ihre persönlichen Daten und Hinweise ein. In unserer Notfallmappe haben wir alle wichtigen Themen berücksichtigt, damit diese in einem Ernstfall gebündelt zur Verfügung stehen. Ärzte und Angehörige können darauf zurückgreifen und Ihnen schnell und in Ihrem Interesse helfen.

Ich hoffe natürlich, dass Sie diese Mappe nie benötigen. Ich lege Ihnen dennoch ans Herz, diese Notfallmappe auszufüllen und leicht auffindbar bereitzuhalten – man weiß ja nie...

In diesem Sinne – bleiben Sie gesund und munter!

Ihr Landrat



Sebastian Straubel

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Grußwort Landrat | 2 |
| Inhaltsverzeichnis..... | 3 |
| Anleitung zur Notfallmappe | 5 |
| 1. Für den Notfall und Notarzt | 7 |
| 1.1 Wichtige Rufnummern..... | 7 |
| 1.2 Blitzinformation für den Notarzt | 9 |
| 1.3 Zur Aufbewahrung im Portemonnaie | 11 |
| 1.4 Krankenhausaufenthalt – An was muss ich im Notfall denken? | 13 |
| 2. Meine persönlichen Angaben und Daten..... | 14 |
| 2.1 Persönliche Angaben | 14 |
| 2.2 Angaben zur bevollmächtigten Person* (* Ehepartner, Freund, Vertrauter)..... | 14 |
| 2.3 Nahestehende Personen | 16 |
| 2.4 Medizinische Daten/Medikamente..... | 16 |
| 2.5 Behandelnde Ärztinnen/Ärzte | 19 |
| 2.6 Mein ambulanter Pflegedienst: | 20 |
| 2.7 Krankenversicherung | 20 |
| 2.8 Berufliches | 21 |
| 2.9 Einkommen | 22 |
| 2.10 Rente | 22 |
| 2.11 Versicherungen | 23 |
| 2.12 Fahrzeuge..... | 24 |
| 2.13 Sonstige wichtige Personen und Institutionen | 24 |
| 2.14 Folgendes ist mir noch wichtig: | 24 |
| 3. Ich kann für mich selbst nicht mehr entscheiden | 25 |
| Stopp! Ab hier nur als autorisierte Person von Seite 5 weiterlesen | 25 |
| 3.1 Vollmachten und Verfügungen | 26 |
| 3.2 Eigene Angaben über Verfügungen/Vollmachten..... | 28 |
| 3.3 Bankkarten / Kreditkarten | 29 |
| 3.4 Laufende Abbuchungen / Verbindlichkeiten | 30 |
| 3.5 Wohnen..... | 32 |
| 3.5.1 Zur Miete (Wohnung, Garage....) | 32 |
| 3.5.2 Eigentum..... | 33 |
| 3.5.3 Vermietung..... | 34 |
| 3.6 Mitgliedschaften | 35 |
| 3.7 Haustiere..... | 36 |

| | | |
|-----|---|----|
| 3.8 | Digitale Angelegenheiten | 37 |
| 4. | Im Todesfall..... | 39 |
| 4.1 | Meine persönliche Vorkehrung für den Todesfall..... | 39 |
| 4.2 | Meine persönlichen Wünsche zur Bestattung..... | 39 |
| 4.3 | Testamentarische Verfügungen | 40 |
| 4.4 | Was mir sonst noch wichtig ist | 41 |
| 5. | Infoblätter/Checklisten..... | 42 |
| 5.1 | Was ist beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit zu tun?..... | 42 |
| 5.2 | Was mir bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit persönlich wichtig ist:..... | 44 |
| 5.3 | Informationsblatt für den Todesfall | 47 |
| | Impressum | 48 |

Anleitung zur Notfallmappe

Eigenverantwortlich möchten Sie sich für den Ernstfall vorbereiten – eine gute Entscheidung! Mit diesem Unterlagen verschaffen Sie sich und eventuell Ihren Angehörigen einen umfassenden Überblick über Ihre wichtigsten persönlichen Unterlagen – für alle Fälle.

Hier können Sie

- wichtige Dokumente für den Notfall
- wichtige Dokumente für den Pflegefall
- wichtige Dokumente für den Nachlass

übersichtlich zusammenstellen, sortieren, aufbewahren und andere Aufbewahrungsorte vermerken.

Warum eine Notfallmappe?

- Wichtiges lässt sich schnell finden.
- In einem Notfall fehlt meist die Zeit und die Ruhe für das Suchen!
- Was ist im Todesfall zu regeln?

Notfallmappe von

Name und Vorname:

ausgefüllt am:

von:

Was ist zu tun?

1. Drucken Sie das gesamte Dokument aus.
2. Füllen Sie alle für Sie relevanten Seiten aus.
3. Legen Sie einen Ordner mit dem Namen „Notfallmappe“ an.
4. Heften Sie die ausgefüllten Seiten in einem Ordner ein.
5. Aktualisieren Sie ihre Notfallmappe regelmäßig mit Angabe des aktuellen Datums.
6. Bestimmen Sie einen Bevollmächtigten*, der berechtigt ist, ab dem Teil 3 auf die Notfallmappe zuzugreifen

Nachfolgende bevollmächtigte Personen sind autorisiert ab dem Teil 3 auf diese Notfallmappe zuzugreifen:

Name und Vorname:

.....

Name und Vorname:

.....

1. Für den Notfall und Notarzt

1.1 Wichtige Rufnummern

Am besten neben das Telefon legen!

Unsere Empfehlung: Speichern Sie die wichtigsten Telefonnummern als Kurzwahl auf Ihrem Telefon ab!

| | |
|---------------------------------------|-------------------|
| Ärztlicher Notdienst | 116 117 |
| Giftnotruf Bayern | 089 -19240 |
| Hausarzt Telefonnummer: | _____ |
| Polizei | 110 |
| Rettungsdienst / Feuerwehr | 112 |



Kontaktperson, die im Notfall zuerst informiert werden soll:

Name
.....

Adresse
.....

Telefon
.....

Amtsgericht
.....

Pflegedienst
.....

Folgendes Kind/Tier muss versorgt werden:



1.2 Blitzinformation für den Notarzt

Das ausgefüllte Blatt im Notfall dem Rettungsdienst und dem Krankenhaus aushändigen

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Ort

.....
Krankenversicherung

.....
Versichertenkartennummer

Nahestehende Person, die zu benachrichtigen ist:

.....
Name und Mobilnummer

Ärztliche Diagnosen: (durch den Hausarzt ausfüllen lassen oder aktuellen Diagnoseplan vom Hausarzt ausdrucken lassen und beilegen)

.....
Name und Telefonnummer des Hausarztes

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Allergien
- Diabetes
- Dialyse
- gerinnungshemmende Mittel
- Herzschrittmacher
- HIV/AIDS
- Hepatitis

- Allergiepass
- Betreuungsverfügung
- Impfausweis
- Organspendeausweis
- Implantate

Vorsorgevollmacht vorhanden?

- ja, wo?

Betreuungsvollmacht vorhanden?

- ja, liegt bei:

Patientenverfügung vorhanden?

- ja, liegt bei:

Lassen Sie sich am besten einen **aktuellen** Medikamentenplan bei Ihrem Hausarzt zweifach ausdrucken und legen Sie an dieser Stelle einen bei. Alternativ können Sie auch die Tabelle selbst ausfüllen.

| Regelmäßige Medikamente | morgens | mittags | abends | nachts |
|-------------------------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

.....
Datum

.....
Unterschrift



Existiert ein Medikamentenplan und Diagnosebogen?

Bitte jeweils zweimal vom Arzt ausfertigen lassen.

Heften Sie Medikamentenplan und Diagnosebogen in einer Klarsichtfolie zusammen mit der Blitzinformation für den Notarzt hier ab.

Die zweite Ausfertigung legen Sie Teil 2 bei.

1.3 Zur Aufbewahrung im Portemonnaie

Für den Notfall

Ich heiÙe:

Meine Adresse:

.....

.....

Meine Kontaktperson:

Name

Telefon

Hausärztin/Hausarzt

Telefon

Krankenkasse.....

Geb. Datum:

Wichtigste Krankheiten:

.....

.....

.....

.....

.....

Allergien:

.....

.....

Medikamente (Name), regelmäßig:

.....

.....

.....

Minderjähriges Kind, pflegende Person, etc.
die auf Sie wartet:

.....

.....



1.4 Krankenhausaufenthalt – An was muss ich im Notfall denken?

Tipp!

Halten Sie eine gepackte Krankenhaustasche für den Notfall fertig gepackt bereit!

Die Tasche steht: _____

- Versichertenkarte Zuzahlungsbefreiungskarte
- Personalausweis
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Brille Hörgerät Prothese Gehhilfe
- Medikamentenplan
- Diagnoseblatt vom Arzt
- Geringe Menge Bargeld
- Anschriften, Telefonnummern der nächsten Angehörigen und Freundinnen/Freunde habe ich dabei
- Haus- und/oder Wohnungsschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarinnen und Nachbarn sind informiert (Post, Blumen, Haustiere)
- Sterbegeldversicherung
- Betreuungsverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung

2. Meine persönlichen Angaben und Daten

2.1 Persönliche Angaben

.....
Name

Vorname

.....
Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

.....
Geburtsdatum

Geburtsort

.....
Telefon

Mobil

.....
E-Mail-Adresse

.....
Konfession

Kirchengemeinde

.....
Familienstand

.....
Tag und Ort (Standesamt) der Eheschließung / Lebenspartnerschaft

.....
Bei Scheidung – Datum

Gericht

2.2 Angaben zur bevollmächtigten Person* (* Ehepartner, Freund, Vertrauter)

.....
Name

Vorname

.....
Evtl. früherer Name

.....
Anschrift (falls abweichend)

.....
Telefon

Mobil

Für folgende genannte Kinder bin ich verantwortlich:

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum <input type="checkbox"/> minderjährig | Telefon <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> behindert | |

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum <input type="checkbox"/> minderjährig | Telefon <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> behindert | |

Weitere erziehungsberechtigte Person ist:

.....
Name
.....
Adresse
Telefon

Haben Sie über eine testamentarische Verfügung/Testament für Ihre Kinder nachgedacht? Denken Sie daran im Teil 4.3. zu notieren, wo diese hinterlegt ist.

Für meine Kinder ist Folgendes wichtig:

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| Name | | | |
| essen | | | |
| einschlafen | | | |
| Freunde | | | |
| Schule | | | |
| Umgang | | | |
| | | | |

Unser Familienbuch liegt:

.....

2.3 Nahestehende Personen

| Name | Telefon |
|------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2.4 Medizinische Daten/Medikamente

Blutgruppe:

.....

Pflegegrad:

.....

Seit:

Allergien

Nein

Ja

Wo ist der Allergiepass zu finden:

.....

Falls kein Allergiepass existiert, welche Allergien sind bekannt?

.....

.....

Impfungen

Impfpass
vorhanden

Nein

Ja

Wenn ja, wo ist der Impfpass zu finden

.....

Diabetes Nein ja

Wenn ja, ist ein Diabetes-Pass vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, wo ist der Diabetes-Pass zu finden?

.....

Medikation Insulinpflichtig Tabletten

Blutverdünnung

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel? Nein Ja

Wenn ja, welche:

Ausweis über Blutverdünnung (Antikoagulanzenpass - „roter Pass“) ist wo zu finden?

.....

Implantate

Tragen Sie Implantate? Nein Ja

Wenn ja, welche? (z.B. Herzschrittmacher, Hüftgelenk, Kniegelenk, Auge...)

.....

.....

Hilfsmittel

Benötigen Sie Hilfsmittel?
(z.B. Hörgerät, Rollstuhl, Brille, Nein Ja
Gehstock, Rollator ...)

Wenn ja, welche sind für mich unerlässlich?

.....

Organspende Ausweis

Haben Sie einen Organspende Ausweis? Nein Ja

Wenn ja, wo ist dieser zu finden?

Sind Sie Organspender? Nein Ja

Behinderung

Haben Sie einen
Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja

Merkzeichen Art der
Behinderung:

.....

Eigene Ergänzungen (z.B. chronische Krankheiten, Tumorerkrankungen, Dialyse, HIV, Epilepsie, Hauterkrankungen, ...)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Aktueller Medikamentenplan

Bitte heften Sie an dieser Stelle Ihren aktuellen Medikamentenplan Ihres Hausarztes ab.
Sollte Ihnen dieser nicht vorliegen, ergänzen Sie die Tabelle und vergessen Sie nicht diesen
immer wieder zu aktualisieren!

| Name des Medikaments | morgens | mittags | abends | nachts |
|----------------------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Aktualisiert am:

1. Datum

2. Datum

3. Datum

4. Datum

5. Datum

Operationen:

| Welche? | Wann? | Wo? |
|---------|-------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.5 Behandelnde Ärztinnen/Ärzte

Ärzte/Ärztinnen bei den ich regelmäßig in Behandlung bin:

| Arzt | Name | Adresse | Telefonnummer |
|----------|------|---------|---------------|
| Hausarzt | | | |
| Zahnarzt | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2.6 Mein ambulanter Pflegedienst:

.....
Name

Telefon

.....
Adresse

2.7 Krankenversicherung

Gesetzlich

Privat

.....
Name der Krankenkasse

Telefon

.....
Anschrift

Versichertennummer

⇒ Die Versichertenkarte befindet sich wo?

Krankenzusatzversicherung, falls vorhanden:

.....
Name der Zusatzversicherung

Telefon

.....
Anschrift

Versicherungsnummer

Pflegeversicherung (privat):

.....
Versicherungsgesellschaft

Telefon

.....
Anschrift

Versicherungsnummer

.....
Versicherungsgesellschaft

Telefon

.....
Anschrift

Versicherungsnummer

2.8 Berufliches

Für Arbeitnehmer*innen

.....
Beruf, Tätigkeit

.....
Name des Arbeitgebers

.....
Adresse des Arbeitgebers

.....
Telefon

Für Selbstständige

.....
Name der Firma

.....
Anschrift der Firma

.....
Telefon

.....
Handelsregister, Finanzamt

.....

2.9 Einkommen

| Art des Bezuges | Zahlende Stelle mit Anschrift | Telefon |
|----------------------------|-------------------------------|---------|
| Lohn | | |
| Arbeitslosengeld I oder II | | |
| Kindergeld | | |
| Wohngeld | | |
| Lastenausgleich | | |
| Krankengeld | | |
| Pflegegeld | | |
| | | |

2.10 Rente

| | Versicherungsnummer Versicherung mit Anschrift | Telefon |
|--|---|---------|
| Rentenversicherung | | |
| Berufsständische Rentenversicherung | | |
| Beamtenversorgung | | |
| Betriebsrente/ Zusatzversorgung | | |
| Hinterbliebenenrente | | |
| Riesterrente | | |
| Freiwilligen Rentenversicherung | | |
| | | |

2.11 Versicherungen

Meine Versicherungsangelegenheiten werden betreut von:

- mir persönlich
- einem Versicherungsmakler
- anderer Person:

.....
Name

.....
Telefon

| Art der Versicherung | Versicherungsnummer Versicherung mit Anschrift | Telefon |
|---------------------------|---|---------|
| Gebäudeversicherung | | |
| Hausrat | | |
| KFZ Versicherung | | |
| Lebensversicherung | | |
| Private Haftpflicht | | |
| Rechtenschutzversicherung | | |
| Sterbegeldversicherung | | |
| Unfallversicherung | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.12 Fahrzeuge

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Fahrzeugart | | | | |
| Amtliches Kennzeichen | | | | |
| Versicherung | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | |
| Regelmäßiger Standort | | | | |
| Angaben zur Finanzierung/ Leasing | | | | |
| Fahrzeugbrief wo? | | | | |
| Schlüssel wo? | | | | |

Nutzen Ihre Kinder Fahrzeuge, die Ihnen gehören?

Ja

Nein

Nähere Angaben dazu:

.....

2.13 Sonstige wichtige Personen und Institutionen

| Person / Institution | Name | Anschrift | Telefon |
|----------------------|------|-----------|---------|
| Steuerberater | | | |
| Rechtsanwalt | | | |
| Notar | | | |
| Kirche | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|--|----------------------|
| Finanzamt: | Steuernummer: |
| Persönliche Steuer-Identifikationsnummer: | |

2.14 Folgendes ist mir noch wichtig:

.....

.....

3. Ich kann für mich selbst nicht mehr entscheiden

**Stopp! Ab hier nur als autorisierte Person von Seite 5
weiterlesen**

VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN
FINANZEN
WOHNEN
PERSÖNLICHE DINGE
HAUSTIERE

STOP!

AB HIER NUR ALS
BEVOLLMÄCHTIGTE
PERSON, DIE ZU BEGINN
AUTORISIERT
WURDE, ZUGREIFEN

3.1 Vollmachten und Verfügungen

Durch Unfall, Krankheit oder durch fortgeschrittene Einschränkungen im Alter kann jeder Mensch – auch Jüngere – in die Situation kommen, in der er seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst erledigen kann und auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Für einen solchen Fall sollten Sie rechtzeitig vorsorgen. Das erleichtert Ihren Bevollmächtigten und Helferinnen/Helfern Ihre Vorstellungen und Wünsche zu respektieren und umzusetzen.

Es gibt drei Möglichkeiten, um in gesunden Tagen im Sinne der Selbstbestimmung schriftliche Willenserklärungen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit abgeben zu können.

- **Vorsorgevollmacht**

Die Vorsorgevollmacht ist ein privatrechtlicher Vertrag zwischen autonomen Partnern.

Der Vollmachtgeber muss geschäftsfähig sein.

Der Vollmachtnehmer kann nach Vorlage der Vollmacht und Einhalten der Eintrittsbedingungen direkt handeln.

Basis: Absolutes Vertrauen.

Wichtiger Hinweis für Bankgeschäfte/Vermögensangelegenheiten:

Wollen Sie die Person Ihres Vertrauens mit der Wahrnehmung Ihrer Bankangelegenheiten bevollmächtigen, ist es ratsam, diese Vollmacht gesondert auf dem von den Banken und Sparkassen angebotenen Vordruck „Konto-/Depotvollmacht“ zu erteilen. In dieser Konto-/Depotvollmacht sind die im Zusammenhang mit Ihrem Konto oder Depot wichtigen Bankgeschäfte im Einzelnen erfasst. Zu Ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie die Vollmacht im Rahmen eines Termins bei Ihrer Bank erteilen. Ihr Kreditinstitut wird Sie sicherlich gerne – auch telefonisch – beraten. Wenn Sie zum Abschluss eines Darlehensvertrages bevollmächtigen wollen, müssen Sie die Vollmacht notariell beurkunden lassen.

(Quelle: Bayerisches Staatsministerium der Justiz: Vorsorge für Unfall Krankheit Alter, 19. Auflage, München, C.H.Beck Verlag, 2019, S.19)

Formularvordruck für eine Vorsorgevollmacht vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz:

https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_aufgabe_2019.pdf

(Ab Seite 21)

- **Betreuungsverfügung**

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, und zwar durch eine Betreuungsverfügung. Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll). Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich. Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat. Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.

(Quelle: Bayerisches Staatsministerium der Justiz: Vorsorge für Unfall Krankheit Alter, 19. Auflage, München, C.H.Beck Verlag, 2019, S.25)

Formularvordruck für eine Betreuungsverfügung vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz:

https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_aufgabe_2019.pdf (Ab Seite 26)

- **Patientenverfügung**

Die Patientenverfügung ist die persönliche Willenserklärung eines Menschen zur Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts in medizinischen Angelegenheiten. Es handelt sich um eine Handlungsanweisung an die Ärztin/den Arzt. Ob oder in welcher Form lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden sollen, wenn Sie selbst in dieser Situation nicht mehr entscheiden können, legen Sie in dieser Verfügung fest. Basis: Intaktes Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient; ggf. wird zur Umsetzung des Patientenwillens eine bevollmächtigte Person oder Betreuerin/Betreuer benötigt.

Formularvordruck für eine Patientenverfügung vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz:

https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_aufgabe_2019.pdf

(Ab Seite 28)

Wir empfehlen die Originaldokumente jeweils zu kopieren um Missbrauch vorzubeugen und die Originale nicht aus der Hand zu geben!

Zu den Themen Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung und Patientenverfügung erhalten Sie auch gerne Auskunft im Landratsamt Coburg.

**Landratsamt Coburg – Betreuungsstelle
Telefon (09561) 514-2505 oder -2506**

3.2 Eigene Angaben über Verfügungen/Vollmachten

**Existiert eine
Vorsorgevollmacht?**

Nein Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....
Name Telefonnummer

.....
Straße, PLZ Ort

**Existiert eine
Betreuungsverfügung?**

Nein Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....
Name Telefonnummer

.....
Straße, PLZ Ort

**Existiert eine
Patientenverfügung?**

Nein Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....
Name Telefonnummer

.....
Straße, PLZ Ort

Wer besitzt einen Zweitschlüssel (z. B. für Wohnung/Briefkasten):

.....
Name Telefon

Konten / Wertpapiere/Anlagen

| Girokonten, Sparkonten, Sparbuch, Bausparvertrag, Wertpapiere, sonstige Geldanlagen, Fonds, Aktiendepots | Bank/Institut | IBAN / Kontonummer/ Vertragsnummer |
|--|---------------|---------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3.3 Bankkarten / Kreditkarten

| Karte | Institut | Kontonummer | Kartennummer |
|-------|----------|-------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Was tun bei Kartenverlust:

Zentralen Sperr-Notruf Inland: 116 116 (kostenfrei)
 Zentraler Sperr-Notruf Ausland: +49 116 116 (gebührenpflichtig)
 Bei Diebstahl oder Raub: Anzeige bei der Polizei erstatten
 Ersatzkarte(n) beantragen.

Haben Sie im Haus Wertgegenstände, Schmuck oder Bargeld versteckt, denken Sie rechtzeitig daran, eine vertraute Person darüber zu informieren oder nutzen Sie die Möglichkeit eines Schließfaches bei der Bank!

Bankschließfach

Ja Nein

Falls ja:

Das Bankschließfach befindet sich bei der Bank:

.....

Der Schlüssel befindet sich:

.....

.....
ID

.....
Kennwort

3.4 Laufende Abbuchungen / Verbindlichkeiten

Miete, Kredite, Versicherungen, Vereine, Strom, Wasser, KFZ, Haus, Privatpersonen, Finanzierungen, Daueraufträge....

| Institution/Person/Vertrag | Bank | Laufzeit | Betrag | Lastschrift oder Einzugsermächtigung |
|----------------------------|------|----------|--------|---|
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |
| | | | | Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> |

3.5 Wohnen

3.5.1 Zur Miete (Wohnung, Garage....)

.....
Art und Adresse Mietobjekt

.....
Name der Vermieterin / des Vermieters

Telefon

.....
Adresse

Mietvertrag liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei:

.....
Art und Adresse Mietobjekt

.....
Name der Vermieterin / des Vermieters

Telefon

.....
Adresse

Mietvertrag liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei:

.....
Art und Adresse Mietobjekt

.....
Name der Vermieterin / des Vermieters

Telefon

.....
Adresse

Mietvertrag liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei:

3.5.2 Eigentum

.....
Art und Adresse Objekt

.....
Grundsteueramt

.....
Steuernummer

.....
Grundbuchauszug liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei:
.....

Haus/Eigentum:

Ist belastet mit Hypothek

Ja

Nein

Ist mein alleiniges Eigentum

Ja

Nein

Eigentümergeinschaft

Ja

Nein

Mit folgenden Personen:

Hausverwaltung:

Ja

Nein

Benachrichtigen unter folgender Nummer:

.....
Art und Adresse Objekt

.....
Grundsteueramt

.....
Steuernummer

.....
Grundbuchauszug liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei:
.....

Haus/Eigentum:

Ist belastet mit Hypothek

Ja

Nein

Ist mein alleiniges Eigentum

Ja

Nein

Eigentümergeinschaft

Ja

Nein

Mit folgenden Personen:

Hausverwaltung:

Ja

Nein

Benachrichtigen unter folgender Nummer:

3.5.3 Vermietung

Ich verwalte meine Immobilien selbst: Ja Nein

Um die Verwaltung kümmert sich:

Name

Telefon

.....
Adresse Objekt

.....
Mieterin / Mieter

.....
Telefon

.....
Mietvertrag vom

.....
Kündigungsfrist

.....
Kautio

Mietvertrag liegt:

.....
Adresse Objekt

.....
Mieterin / Mieter

.....
Telefon

.....
Mietvertrag vom

.....
Kündigungsfrist

.....
Kautio

Mietvertrag liegt:

.....
Adresse Objekt

.....
Mieterin / Mieter

.....
Telefon

.....
Mietvertrag vom

.....
Kündigungsfrist

.....
Kautio

Mietvertrag liegt:

3.7 Haustiere

| | | | |
|---|--|--|--|
| Tier / Art und Name | | | |
| Tierarzt / Ort Telefonnummer | | | |
| Impfpass – wo? | | | |
| Person, die sich im Notfall um das Tier kümmert / Telefon | | | |
| Steuernummer | | | |
| Chipnummer | | | |
| Vorlieben des Tieres | | | |
| Was das Tier nicht mag | | | |
| Sonstiges Wichtiges | | | |
| Was soll mit dem Tier passieren, wenn ich mich nicht mehr selbst kümmern kann? | | | |

Machen Sie sich Gedanken, was mit Ihrem Tier passieren soll, wenn Sie sich nicht mehr selbst kümmern können, besprechen Sie das mit Ihrer Vertrauensperson und schreiben Sie das hier mit nieder!

3.8 Digitale Angelegenheiten

Die folgende Liste trennen Sie bitte heraus und hinterlegen diese an einem sicheren Ort (z.B. Bankschließfach), über den Sie Ihre bevollmächtigte Person von Seite 5 informieren!



E-Mail-Adressen, soziale Netzwerke, Homepages und Ähnliches

Meine Passwörter sind an folgendem Ort schon hinterlegt:

.....

| Beschreibung Account | Benutzername | Kennwort/ Passwort | Zugriffsinformation |
|----------------------|--------------|-----------------------|---------------------|
| Bankkarte | | | |
| Kreditkarte | | | |
| Handy | | | |
| E-Mail Account | | | |
| Amazon | | | |
| Paypal | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



4. Im Todesfall

4.1 Meine persönliche Vorkehrung für den Todesfall

Treffen Sie schon im Voraus Vorsorge für den Todesfall bei einem Beerdigungsinstitut und vergleichen Sie die verschiedenen Leistungen und Preise. So haben Sie alles Wichtige nach Ihren Wünschen geregelt.

Meine Bestattung ist bereits bei einem Institut geregelt Ja Nein

Name/Telefonnummer:.....

Unterlagen dazu sind hinterlegt, wo?

.....

Die Bestattung ist bereits bezahlt: Ja Nein

4.2 Meine persönlichen Wünsche zur Bestattung

Art der Bestattung:

.....

Einkleidung meines Körpers:

.....

.....

Sarg, Sargausstattung, Urne, Sonstiges:

.....

.....

Trauerfeier Ort:

.....

.....

Ausgestaltung der Trauerfeier:

.....

.....

.....

.....

.....

Musikwunsch zur Trauerfeier:

.....

Weitere Wünsche:

.....

.....

.....

.....

.....

4.3 Testamentarische Verfügungen

Es gibt eine testamentarische Verfügung bzw. ein Testament

Nein Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....
Name

.....
Telefonnummer

.....
Straße, PLZ Ort

Testamentarische Verfügung für das Sorgerecht:

Nein Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....
Name

.....
Telefonnummer

.....
Straße, PLZ Ort

4.4 Was mir sonst noch wichtig ist

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Infoblätter/Checklisten

5.1 Was ist beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit zu tun?

- Stellen Sie bei Ihrer Kranken-/Pflegekasse telefonisch einen Antrag für Pflegeleistungen/Pflegegrad, dies kann auch eine bevollmächtigte Person übernehmen. Darauf erhalten Sie Antragsunterlagen, die ausgefüllt an die Kasse zurückgeschickt werden müssen. Ab Eingang des Antrages in Ihrer Krankenkasse, ist im Falle eines positiven Bescheides dieser Antrag rückwirkend geltend.
- Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit und macht einen Termin bei Ihnen vor Ort aus.
- Führen Sie ein Pflegetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen Sie Hilfe benötigen (zum Beispiel beim Waschen, Anziehen, Essen) und wie viel Zeit diese Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch andere unabhängige Gutachterinnen/Gutachter.
- Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen/Gutachter anwesend zu sein.
- Sie haben einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse.
- Von der Pflegekasse erhalten Sie eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen.
- Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Ihre Angehörigen oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen möchten.
- Ist die Pflege zu Hause – ggf. auch unter Inanspruchnahme des Betreuungsangebotes einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so können Sie sich über geeignete stationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

Bei allen Fragen stehen Ihnen die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort selbstverständlich immer zur Verfügung.

Pflegestützpunkt Coburg: Oberer Bürglaß 1
96450 Coburg
Telefon 09561 89-2550 oder 89-2551
E-Mail pflegestuetzpunkt@coburg.de
Website <http://www.coburg.de/pflegestuetzpunkt>

Informationen erhalten Sie auch:

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit
Tel.: (030) 3406066-02

Pflegetelefon des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen, Jugend/
Tel.: (030) 20179131
Informationsportal: www.wege-zur-pflege.de

5.2 Was mir bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit persönlich wichtig ist:

Nach einem Unfall oder bei schwerer Krankheit kann es passieren, dass man sich nicht mehr richtig mitteilen kann. Gerade dann ist es wichtig, bestimmte „Vorlieben“ zu kennen und dem Pflegepersonal mitgeben zu können. Zum Beispiel, dass ich Nachthemden bevorzuge und immer auf dem Rücken schlafe.

Für die Erfassung dieser Gewohnheiten und Vorlieben steht ein Muster für einen Biografie Bogen zur Verfügung. Dieser basiert auf dem in der Pflege genutzten ABEDL-Modell (Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens) und ermöglicht eine bedürfnisorientierte, personenbezogene Pflege.

Beispiele als Ausfüllhilfe

| ABEDL | Vorlieben | Abneigungen | Gewohnheiten/ Möglichkeiten |
|---------------------------|--|--|--|
| kommunizieren | z. B. bevorzuge Ansprache mit Du | | z. B. verstehe nur in Maßen Deutsch, Muttersprache Türkisch |
| sich bewegen | z.-B. gehe gerne spazieren | | |
| vitale Funktionen | | | z. B. hat am Morgen immer einen niedrigen Blutdruck |
| sich pflegen | z. B. dusche jeden Tag morgens | z. B. bade nicht gerne | z. B. benutze nie Rasierwasser |
| essen und trinken | z. B. esse gerne salzig, deftig | | z. B. esse jeden Tag morgens einen Apfel, brauche morgens einen schwarzen Kaffee zum wach werden |
| ausscheiden können | | z. B. keine Begleitperson erwünscht | z. B. Toilettengang morgens nach dem Frühstück, nach einer Zigarette |
| sich kleiden | z. B. trage gerne Röcke | | z. B. trage auch im Winter Kurzarm |
| ruhen und schlafen | z. B. kann nur auf der rechten Seite einschlafen | | z. B. schlafe immer bei gekippten Fenster, kleines, gedämpftes Licht muss anbleiben |
| sich beschäftigen | z. B. lese jeden Morgen die Zeitung | z. B. mag keine klassische Musik | z. B. schaue jeden Tag am Abend um 20 Uhr Nachrichten |
| sich als Mann/Frau fühlen | z. B. benutze immer roten Lippenstift von Dior | z. B. mag keine kurzen Haare | z. B. schminke mich jeden Morgen |
| Sicherheit | | | z. B. Angst im Dunkeln, schlafe bei |
| soziale Bereiche | z. B. mag gerne Geselligkeit | | z. B. bin Einzelgänger |
| existenzielle Erfahrungen | | z. B. komme schlecht mit Konflikten klar | z. B. bin eher Konfliktvermeidend |
| Umgang mit Tod | | | z. B. habe keine Angst vor dem Tod, aber Sorge leiden zu müssen, Schmerzen zu haben |

Ausfüllbogen

| ABEDL | Vorlieben | Abneigungen | Gewohnheiten/ Möglichkeiten |
|------------------------------|------------------|--------------------|--|
| kommunizieren | | | |
| sich bewegen | | | |
| vitale Funktionen | | | |
| sich pflegen | | | |
| essen und trinken | | | |
| ausscheiden können | | | |
| sich kleiden | | | |
| ruhen und schlafen | | | |
| sich beschäftigen | | | |
| sich als Mann/Frau fühlen | | | |
| Sicherheit | | | |
| soziale Bereiche | | | |
| existentielle Erfahrungen | | | |
| Umgang mit Tod | | | |

| | | | |
|-------|--|--|--|
| Musik | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

5.3 Informationsblatt für den Todesfall

Totenschein

Der Tod muss durch den Haus- oder Notärztin/Notarzt schriftlich bestätigt werden. Stirbt eine Person in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Altenheim mit öffentlich-rechtlichem Träger), übernimmt die Verwaltung die behördliche Anzeige des Todes.

Sterbeurkunde

Der Totenschein wird für die Ausstellung der Sterbeurkunde durch das Standesamt des Sterbeortes benötigt. Die Sterbeurkunde ist notwendig für alle mit der Bestattung zusammenhängenden Organisationen sowie die Nachlassabwicklung.

Bestattungsunternehmen

Die Angehörigen müssen ein Bestattungsunternehmen beauftragen. Dieses holt die verstorbene Person ab und bereitet sie für die Bestattung vor. Ebenfalls bietet es Hilfe bei der Erledigung sämtlicher Formalitäten bei amtlichen und geistlichen Stellen an. Hat die verstorbene Person keine Angehörigen, veranlasst das Sozialamt des Sterbeortes eine schlichte Bestattung.

Bestattungstermin

Die Absprache erfolgt mit der Friedhofsverwaltung, die auch zuständig für die Verwaltung der Grabnutzungsrechte ist. Diese müssen entweder neu beantragt werden oder bei einem Familiengrab verlängert werden. Ebenfalls müssen die Benutzung der Trauerhalle und (bei Feuerbestattung) des Krematoriums beantragt werden.

Sonderregelungen Feuerbestattung

Vor einer Einäscherung ist eine nochmalige ärztliche Untersuchung vorgeschrieben. Urnen dürfen in Deutschland nur in einer Grabstelle (Erdgrab) beigesetzt werden (gesetzlicher Friedhofszwang). Eine Sonderform ist die Seebestattung durch Versenken der Urne auf offener See. Dabei muss die Befreiung vom Friedhofszwang beantragt werden.

Trauerrednerin/Trauerredner

In den meisten Fällen hält eine Geistliche/ein Geistlicher die Trauerrede. Alternativ kann über das Bestattungsinstitut auch eine Trauerrednerin/ein Trauerredner vermittelt werden.

Erbschein

Der Erbschein ermöglicht die Konten- und Verfügungsverfügungen der/des Verstorbenen. Der Erbschein wird mit dem Totenschein und dem gültigen Testament beim örtlichen Nachlassgericht (Amtsgericht) beantragt. Mehrere Ausfertigungen für unterschiedliche Institutionen sind zu empfehlen (Banken, Versicherungen).

Testament

Es gibt zwei Formen

- das eigenhändige Testament in Form einer handschriftlich verfassten Willenserklärung mit vollständigem Namen, Ort und Datum
- das öffentliche Testament (notariell verfasst)

Existiert kein gültiges Testament, gilt die gesetzliche Erbfolge.

Herausgeber und Redaktion

Landratsamt Coburg
Geschäftsleitender/ Pressestelle
Frank Altrichter
Lauterer Straße 60
96450 Coburg

Inhalt

Landratsamt Coburg
Fachbereich Senioren
Anja Zietz
Telefon 09561/ 514-2500
E-Mail senioren@landkreis-coburg.de
Internet www.landkreis-coburg.de

Foto

Foto© fotomek - stock.adobe.com

Stand: Januar 2024

Die erfolgten Angaben sind unverbindlich und dienen lediglich zu Informationszwecken. Die Inhalte stellen zudem keine Rechtsberatung dar und ersetzen diese auch nicht. Haftungsansprüche gegen das Landratsamt Coburg, die

durch die Nutzung der in der Publikation enthaltenen Informationen verursacht werden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.