





**Einführung in die Formulierungsvorschläge**

**Die Muster der Formulare:**

* **Patientenverfügung**
* **Gesundheitsvollmacht**
* **Generalvollmacht und**
* **Betreuungsverfügung**

enthalten Formulierungsvorschläge, die Sie nach eigenen Wünschen ändern oder ergänzen können.

**Hinweise für das Ausfüllen der Verfügungen und Vollmachten.**

1. Versuchen Sie in guten Zeiten mit vertrauten Personen über Krisensituationen ins Gespräch zu kommen.
2. Verwahren Sie die Vorsorgepapiere so, dass sie gut gefunden werden.
3. Informieren Sie Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin ausdrücklich über Ihren schriftlich niedergelegten Willen. Bei medizinischen Fragen wird Ihnen weitergeholfen.
4. Tragen Sie den Vorsorgeausweis bei den Ausweispapieren.
5. Prüfen Sie regelmäßig die Aktualität Ihrer Patientenverfügung.
6. Lassen Sie den Kontakt zu Ihrer Vertrauensperson nicht abreißen
7. Wenn Sie Veränderungen vornehmen, sollten diese mit Ihrer Vertrauensperson besprochen werden.
8. Solange Sie selbst entscheidungsfähig sind und Ihren Willen äußern können, gilt Ihre Aussage.
9. Tritt bei Ihnen Entscheidungsunfähigkeit ein, findet Ihr schriftlich geäußerter Wille Beachtung.
10. Niemand darf Ihr Leben auf Ihren Wunsch hin aktiv beenden.
11. Niemand darf Ihr Sterben gegen Ihren Willen aufhalten oder verlängern.
12. Angehörige können zu Ihren Wünschen und Ihrem mutmaßlichen Willen befragt werden.

**Sollten darüber hinaus weitere Fragen vorhanden sein, wenden Sie sich an die Beratungsstelle der Esslinger Initiative – Ortsseniorenrat Gerstetten/OSR.**

**I./1**

**Die Empfehlungen der Esslinger Initiative**

**hilft Ihnen bei der Vorsorge.**

**Mediziner, Juristen, Pflegefachkräfte, Engagierte aus der Hospizarbeit, dem Krankenhaussozialdienst, der Krankenhausseelsorge, dem Stadt- und Kreisseniorenrat und aus den Betreuungsvereinen widmen sich seit 1996 diesem Anliegen.**

Auch wenn nicht jede Situation im Voraus abgesichert und festgelegt werden kann, können Sie doch in hohem Maße SELBSTBESTIMMT VORSORGEN.

**Lassen Sie sich beraten durch die Beratungsstelle der Esslinger Initiative - Ortsseniorenrat Gerstetten** **Kreis Heidenheim**

**Horst und Rosmarie Helbich**

**Wilhelmstr. 20, 89547 Gerstetten**

**Tel. 07323 5372**

**E-Mail:** [**osr@osr-gerstetten.de**](mailto:osr@osr-gerstetten.de)

[**www.osr-gerstetten.de**](http://www.osr-gerstetten.de)

Die informativen Gespräche mit den Mitgliedern der Esslinger Initiative für Ihre Vorsorge sind kostenfrei. Über eine Spende freut sich der Ortseniorenrat Gerstetten.

**Spendenkonto Ortsseniorenrat Gerstetten**

**Heidenheimer Volksbank**

**IBAN: DE71 6329 0110 0368 0560 07**

**BIC: GENODES1HDH**

Ein Gespräch mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt für die Patientenverfügung ist wichtig.

Wenn Sie zusätzlich eine Rechtsberatung wünschen, wenden Sie sich an einen Notar/Notarin oder einen Rechtsanwalt/Rechtsanwältin.

**Weitere ausführliche, vertiefende Informationen können Sie im Internet abrufen unter:** [**www.esslinger-initiative.de**](http://www.esslinger-initiative.de)

**I./2**

****

**3. Meine Bestimmungen**

Ich erwarte eine jeweils dem aktuellen Standard der Medizin und Pflege entsprechende Schmerztherapie und Behandlung zur Verhinderung oder Linderung von Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und weiteren mich belastenden Zuständen. Unnötige Medikamente sollen abgesetzt werden. Wenn alle medizinisch und pflegerisch möglichen Hilfestellungen zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich zur Linderung meiner Beschwerden auch bewusstseinsdämpfende Medikamente. Mit einer möglichen Verkürzung meiner Lebenszeit durch solche Maßnahmen bin ich einverstanden.

1. Es sollen alle möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Ich wünsche jedoch in jedem Fall eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care).
2. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise und ohne hochkalorische Flüssignahrungsmittel gestillt werden. Es soll kein Zwang zum Essen und Trinken ausgeübt werden. Künstliche Ernährung soll nicht begonnen oder nicht mehr fortgesetzt werden, unabhängig von der Form der Zuführung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge). Eine künstliche Flüssigkeitszufuhr darf nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgen.
3. Antibiotika, Blut und Blutbestandteile dürfen nur gegeben werden, wenn sie zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.
4. Es soll keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Atemnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
5. Bei Herz-Kreislauf-Stillstand oder Atemversagen sind Wiederbelebungs- versuche zu unterlassen. Es soll keine Notfallbehandlung erfolgen.
6. Dialyse und andere Formen der Blutwäsche sollen nicht durchgeführt werden und schon eingeleitete eingestellt werden.
7. Auch die folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Herzschrittmacher bzw. Defibrillator) sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden:

**I./4**

# 4. Weitere Wünsche, Anordnungen und meine Wertvorstellungen:

(ggf. Rückseite oder Beiblatt verwenden)

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

**5. Organspende**

Für den Fall, dass ich einer Organspende zustimme, dürfen dafür notwendige ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe.

**6. Vertrauenspersonen**

Als Vertrauenspersonen benenne ich:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Adresse: | Telefon: |
| Name: | Adresse: | Telefon: |

Mit ihnen habe ich meine Patientenverfügung besprochen. Sie sind bereit, über meine Wünsche und meinen Willen Auskunft zu geben. Durch ihre Unterschrift bestätigen sie, dass sie keinen Zweifel an meiner Urteils- und Ent- scheidungsfähigkeit haben.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum: | Unterschrift der Vertrauensperson: |
| Ort, Datum | Unterschrift der Vertrauensperson: |

**I.5**

# 7. Hinweis auf Bevollmächtigte

Ich habe eine Vollmacht erteilt an:

**Achtung: Es muss zusätzlich eine korrekte schriftliche Vollmacht erstellt werden.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Adresse: | Telefon: |
| Name: | Adresse: | Telefon: |

Meine Patientenverfügung soll nur im Einvernehmen mit meinen Bevollmächtigten umgesetzt werden.

**8. Hausarzt**

Mein Hausarzt/meine Hausärztin hat meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Adresse: | Telefon: |

Unterschrift des Arztes:

Ort, Datum:

Mein Hausarzt/meine Hausärztin ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben. Ich entbinde ihn/sie von der Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson und dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

**I./6**

# 9. Schlussbemerkungen

Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollten wegen bestimmter Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Zweifel aufkommen, ob ich in einer aktuellen Situation nicht doch noch eine lebenserhaltende Behandlung erfahren möchte, soll möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten ermittelt werden, ob die Festlegungen in der Verfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

**10. Beratung**

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch

**11. Unterzeichnung**

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Mir ist die Möglichkeit einer Änderung oder eines Widerrufs der Patientenverfügung bekannt.

Unterschrift der verfügenden Person:

Ort, Datum:

**I./7**

**Aktualisierung der Patientenverfügung**

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

□ in vollem Umfang  mit folgenden Änderungen:

Unterschrift der verfügenden Person:

Ort, Datum:

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

□ in vollem Umfang  mit folgenden Änderungen:

Unterschrift der verfügenden Person:

Ort, Datum:

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

□ in vollem Umfang  mit folgenden Änderungen:

Unterschrift der verfügenden Person:

Ort, Datum:

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

□ in vollem Umfang  mit folgenden Änderungen:

Unterschrift der verfügenden Person:

Ort, Datum:

**I./8**

Ein Bild, das Text, Entwurf, Schrift enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

**Gesundheitsvollmacht**

**1. Zu meiner Person**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wohnort: | Straße: | Geburtsort: |

**2. Bevollmächtigte Personen**

Ich bevollmächtige hiermit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |

je **einzeln,** mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht ange- ordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

**Vereinbarung zwischen Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer:**

**Die notwenig anfallenden Kosten in der Ausübung der o.a. Tätigkeit erlaube ich dem Vollmachtnehmer diese geltend zu machen.**

I**./9**

# 3. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationä- ren Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Wil- len durchzusetzen.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesund- heitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Ge- fahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesund- heitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilli- gen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal ge- genüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Absatz 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medi- kamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer sonstigen Ein- richtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) und über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rah- men eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus (§ 1832 BGB) ent- scheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Falls Beglaubigung sinnvoll erscheint, kann neben Notariat auch die Betreuungsbehörde im Landratsamt Tel. 07321 321-0 gegen eine Gebühr die Unterschrift beglaubigen.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum: | Unterschrift des Vollmachtnehmers: |
| Ort, Datum: | Unterschrift des Vollmachtnehmers: |

Unterschrift des Vollmachtgebers:

Ort, Datum:

**1./10**

Ein Bild, das Text, Entwurf, Schrift enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

**vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

**Generalvollmacht**

**1. Zu meiner Person**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wohnort: | Straße: | Geburtsort: |

**2. Bevollmächtigte Personen**

Ich bevollmächtige hiermit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |

je **einzeln,** mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden 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.

**I./11**

**3. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit**

Die bevollmächtigte Person 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.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).

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.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Absatz 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) und über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus (§1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

**4. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten**

Die bevollmächtigte Person darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

**5. Behörden**

Die bevollmächtigte Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

**I./12**

**6. Vermögenssorge**

Die bevollmächtigte Person 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 und zurücknehmen.

Sie darf über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen, Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, Verbindlichkeiten eingehen und Willens- erklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

**7. Post- und Fernmeldegeheimnis – Digitale Angelegenheiten**

Die bevollmächtigte Person darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf meine digitalen Dateien, Accounts (Benutzerkonten), Zugangsdaten, Dienste und Profile einsehen, ändern, löschen oder kündigen. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

**8. Vertretung vor Gericht**

Die bevollmächtigte Person darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

**9. Untervollmacht, Insichgeschäft**

Jeder Bevollmächtigte darf Untervollmacht erteilen, ist von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit und darf gleichzeitig mich selbst und einen Dritten vertreten. Jeder Bevollmächtigte darf dem anderen gegenüber meine Rechte geltend machen, die Vollmacht jedoch nicht widerrufen.

**10. Betreuungsverfügung**

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die unter 2. bezeichneten Personen als Betreuer zu bestellen.

.

**I./13**

**11. Reichweite der Vollmacht**

Diese Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum: | Unterschrift des Vollmachtnehmers: |
| Ort, Datum: | Unterschrift des Vollmachtnehmers: |

Unterschrift des Vollmachtgebers:

Ort, Datum:

Falls Beglaubigung sinnvoll erscheint, kann neben Notariat auch die Betreuungsbehörde im Landratsamt Tel. 07321 321-0 gegen eine Gebühr die Unterschrift beglaubigen.

**Vereinbarung zwischen Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer:**

**Die notwenig anfallenden Kosten in der Ausübung der o.a. Tätigkeit erlaube ich dem Vollmachtnehmer geltend zu machen.**

**I./14**

Ein Bild, das Text, Entwurf, Schrift enthält.

Automatisch generierte Beschreibung **vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

**Betreuungsverfügung**

**1. Zu meiner Person**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wohnort: | Straße: | Geburtsort: |

Es kann geschehen, dass ich durch Krankheit, Behinderung oder Unfall in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr besorgen kann. Ich kenne zurzeit niemanden, dem ich eine Vollmacht er- teilen möchte. Hierüber habe ich mir Gedanken gemacht.

**2. Meine Verfügung**

Wenn bei mir der oben angesprochene Zustand eintritt, erwarte ich, dass meinem in der folgenden Betreuungsverfügung festgelegten Willen Folge geleistet wird.

**3. Künftig handelnde Personen**

Als Person, die vom Gericht für mich bestellt werden soll, schlage ich vor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |

**I./15**

**Auf keinen Fall zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden soll:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |

**4. Wünsche zur Führung der Betreuung**

1. Verwaltung meines Vermögens:
2. Sorge für meine Gesundheit: (siehe Patientenverfügung)
3. Pflegerische Versorgung:
4. Sonstige Wünsche:

Ich erwarte, dass die Betreuungsverfügung beachtet wird, außer sie würde meinem Wohle zuwiderlaufen, oder die Erfüllung eines Wunsches wäre nicht zumutbar.

Unterschrift der verfügenden Person:

Ort, Datum:

**I./16**



**vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

**Vorsorgenetz – wichtige Adressen**

Datum/Stand vom:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Adresse:** | **Telefon:** |
| Notruf |  |
| Polizei |  |
| Feuerwehr |  |
| Familienangehörige |  |
| **Notfalldose im Kühlschrank** |  |
|  |  |
| Vertrauensperson |  |
| Bevollmächtigte Personen |  |
| Hausarzt |  |
| Hausärztliche Notfallbereitschaft |  |

**I./17**

|  |  |
| --- | --- |
| Facharzt |  |
| Nachbar |  |
|  |  |
|  |  |
| Apotheke |  |
| Krankenhaus |  |
| Sanitätshaus |  |
| Nachbarschaftshilfe |  |
| Pflegedienst/Sozialstation |  |
| Palliativversorgung |  |
| Psychosoziale Hilfe |  |
| Betreuungsverein |  |
| Hospizdienst |  |
| Pfarramt |  |
| Bestattungsvorsorge |  |

Wo befinden sich meine Vorsorgedokumente?

**I.18**

Ein Bild, das Text, Entwurf, Schrift enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

© Esslinger Initiative - [www.esslinger-initiative.de](http://www.esslinger-initiative.de/) - Stand März 2020

H - 1/1

**vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**



Arzt:

**Wichtige Adressen und Telefonnummern**

Vertrauenspersonen/Bevollmächtigte:

**Vorsorgeausweis**

Name: Geburtsdatum: Adresse:

Ich habe eine

* Patientenverfügung  Betreuungsverfügung
* Gesundheitsvollmacht  Generalvollmacht

**I./19**

© Esslinger Initiative - [www.esslinger-initiative.de](http://www.esslinger-initiative.de/) - Stand März 2020

H - 1/1

**Ein Bild, das Schrift, Typografie, Darstellung enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**

**Handreichung**

**für meine Angehörigen**

**nach meinem Ableben**

**Kurzfassung**

**II.**

**Meine persönlichen Daten**

**Name/Vornamen……………………..………….**

**Aufzeichnung/Datum………………………...…**

**befinden sich im …………………………………**

**Ordner………………………………………………**

**Nachfolgend alle persönlichen Daten und Wünsche**

**Bitte auf separaten Blättern notieren und einfügen**

Name – Geburtsname – Vorname/n – Geburtsdatum – Geburtsort – Staatsangehörigkeit - Religion – Familienstand - PLZ – Wohnort – Straße – Haus-Nr. – Weitere Wohnsitze - Tel. – Mobil – E-Mail – Familienstammbuch – Kopie Personalausweis/Reisepass – Persönliche Identifikationsnummer

**Haus- bzw. Wohnungsschlüssel sind hinterlegt – ja/nein – bei wem?**

**Im Todesfall bitte alle benachrichtigen, die nachfolgend aufgeführt, oder in der Notfalldose im Kühlschrank notiert sind**

**Lebenslauf**

Schule – Ausbildung – beruflicher Werdegang

Ehrenämter und Auszeichnungen

**Informationen zum Familienstand**

Partner/in – Name – Vorname – Geburtsdatum/-ort – Staatsangehörigkeit – Religion – gleiche Anschrift – Anschrift, falls getrennt lebend – Telefon/Vorwahl – Mobil – E-Mail – Datum der Eheschließung – Ehevertrag – frühere Ehen – standesamtlich eingetragene Lebenspartner- oder Lebensgemeinschaften

**Geburtsurkunde – Heiratsurkunde - Familienstammbuchauszug – evtl. Scheidungsurteil – Kopie Personalausweis/Reisepass**

**Kinder**

Vorname – Nachname – Geburtsdatum/- ort - Staatsangehörigkeit – Adresse – Tel. und Mobil – E-Mail – ggf. Partner/in

**II./20**

**Eltern – Geschwister**

Namen und Adressen

**Finanzen**

**Übersicht über Einkünfte**

Arbeitgeber/Gehalt – Anschrift

Rente/Pension – Rentenversicherung – Zahlstelle – Versicherungsnummer - Betriebsrente – Zahlstelle – AZ/Versicherungsnummer - Sonstige Einkünfte – Ausland

Firmenbeteiligung - Mieteinnahmen

**Übersicht über Konten**

Girokonten – Sparkonten – Wertpapiere – Bausparverträge – Bankschließfach

**Kredite**

Kreditvertrag – Leasing – Darlehensvertrag

**Grundbesitz**

Haus – Wohnung/en – bebaute/unbebaute Grundstücke

Ort – Art – Lage – Grundstücks- bzw. Parzellennummer

**Vermögenswerte**

Gemälde – Sammlungen – Schmuck - weitere

Aufbewahrungsort – Wert

**Vorabverfügungen – Schenkungen – Vermächtnisse - Haustierversorgung**

* **Meine Wünsche: (Vorabverfügungen usw.) siehe Beiblatt**

**II./21**

**Verbindlichkeiten**

Mietvertrag – Anschrift/Vermieter – Miethöhe – Bankverbindung

**Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, Abonnementbeiträge**

Höhe – Zahlungsweise mtl. - 1/2jährl. – jährlich

Wasser – Gas - Strom – Heizung – Grundsteuer – Elementarschaden – Hausrat-/Haftpflichtversicherung – Telefon – Internet – Fernsehen/Kabel – GEZ – Fahrzeug/e – Zeitschriften-Abo – Vereinsbeiträge

**Versicherungen**

Krankenversicherung – Pflegeversicherung – Unfallversicherung – Lebensversicherung – Rechtsschutzversicherung – Autoversicherung – Sterbekasse – weitere

**Testament**

Bei Vermögen Notar einbeziehen

erstellt – hinterlegt

**Wünsche für die Bestattung**

Bestattungsart – Gestaltung und Pflege der Grabstätte – Bestattung innerhalb meiner Religionsgemeinschaft – Liedwünsche – Bibelspruch – musikalische Begleitung – Lebenslauf vorhanden – Grabstätte vorhanden – Grabnummer – Anschrift Bestattungsinstitut – Traueranzeige – Falls kein Blumenschmuck gewünscht/Spende an

**Hilfe für die Angehörigen**

Was ist bei einem Sterbefall zu tun?

Wer kann, darf oder muss handeln?

**II./22**

**Zu Hause**

Arzt – Todesbescheinigung – Standesamt – Bestattungsinstitut – übernimmt in der Regel alle notwendigen Schritte.

**Klinik**

In der Regel kümmert sich die Klinik

**Falls von den Angehörigen alles selbst geregelt werden möchte - bitte folgende Punkte beachten:**

Friedhofsverwaltung – Grabstätte – Beerdigungstermin – kirchliche Bestattung/Pfarrbüro absprechen – Zeitungsanzeige erst nach Bekanntgabe des Bestattungstermins – Meldung an Rentenversicherung mit Sterbeurkunde – ggf. Hinterbliebenenrente beantragen – Krankenkasse – Das eigenständig verfasste Testament dem Nachlassgericht vorlegen – bei alleinstehenden Verstorbenen beim Notar eine Nachlasssicherung beantragen – Steinmetz - Blumenschmuck

**Benachrichtigung**

Verwandte – Freunde - Arbeitgeber - weitere Personengruppen sind in der beigefügten Adressliste mit Namen, Adresse, Tel.-Nummern, E-Mail aufgeführt

**Kündigungen**

Abonnements – Bankverbindungen – Vermieter - Mitgliedschaften – Vereine – Organisationen – Telefon – Fernsehen – usw.

**Löschen des Digitalen Nachlasses durch Vertrauensperson**

**E-Mail Konten – Internetadresse – Benutzername - Passwortverzeichnis – sicher aufbewahren!**

**II./23**