

VORSORGEMAPPE

NETZWERK „Gut leben und alt werden im SOK“



Freistaat
Thüringen



Ministerium
für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie

LANDESPROGRAMM
SOLIDARISCHES
ZUSAMMENLEBEN
LSZ



Vorwort

Im Saale-Orla-Kreis gibt es zahlreiche sozial engagierte Akteure, die in ihrer täglichen Arbeit auf die Sorgen und Wünsche der Menschen aufmerksam werden. Um diese Akteure miteinander gewinnbringend zu verbinden, wurde im Jahr 2012 das Netzwerk „Gut leben und alt werden im Saale-Orla-Kreis“ gegründet. Unsere Ziele sind die Vernetzung der engagierten Akteure vor Ort, das bessere Verständnis zueinander, die Mitwirkung kommunaler und politischer Partner sowie die Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe.

Mit der Entwicklung der Vorsorgemappe möchten wir als Netzwerk erreichen, dass alle medizinischen Informationen, aber auch persönliche Anliegen und Wünsche für den Ernstfall gebündelt sind. Wir wollen Sie ermutigen sich mit den Themen Unfall, gesundheitlicher Notfall und Lebensende Schritt für Schritt zu beschäftigen. Unser Ziel ist, dass Sie nicht unvorbereitet mit einer derartigen Situation konfrontiert werden.

Indem Sie diese Mappe vollständig ausfüllen, unterstützen Sie nicht nur Ärzte und Pflegekräfte, sondern auch Ihre Angehörigen, denen es anhand der Informationen in dieser Mappe erleichtert wird, Entscheidungen in Ihrem Sinne zu treffen.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen die Vorsorgemappe aus, um im Notfall eine optimale Versorgung gewährleisten zu können.

Bitte beachten Sie dabei folgende Hinweise:

- Halten Sie Ihre Vorsorgemappe immer auf dem aktuellen Stand.
- Hinterlegen Sie die Vorsorgemappe griffbereit an einem bestimmten Ort. Teilen Sie diesen Ort Angehörigen und Bevollmächtigten mit.
- Heften Sie Entlassungsberichte und Arztbriefe, sowie weitere wichtige Diagnosen in der Notfallmappe ab.

Sollten Sie Unterstützung beim Ausfüllen der Mappe benötigen, stehen Ihnen folgende AnsprechpartnerInnen zur Verfügung:

Für Pößneck, die VG Oppurg, VG Ranis-Ziegenrück:

Agathe VG Ranis- Ziegenrück
Frau Hall
Telefon: 01605848908
E-Mail: agathe@irasok.thueringen.de

Agathe VG Oppurg
Frau Steffens
Telefon: 0151 17634921
E-Mail: agathe@irasok.thueringen.de

Behindertenverband Saale-Orla-Kreis
Frau Carol
Neustädter Straße 137
07381 Pößneck
Telefon: 03647 5055731
E-Mail: sabine.carol@behindertenverband-sok.de

DRK Kreisverband Saale-Orla e.V.
Ambulanter Pflegedienst Pößneck
Frau Weber
Bärenleite 33
07381 Pößneck
Telefon: 03647 413806

Für Neustadt an der Orla und die Verwaltungsgemeinschaft Triptis:

Diakonieverein Oraltal
Ambulanter Pflegedienst des Diakonieverein Oraltal e.V.
Frau Hain
Schleizer Straße 12a
07806 Neustadt an der Orla
Telefon: 036481 898070
E-Mail: ao@dv-orlatal.de

Für Schleiz und die Verwaltungsgemeinschaft Seenplatte:

Behindertenverband Saale-Orla-Kreis
Frau Herrmann
Oettersdorfer Str. 18a
07907 Schleiz
Telefon: 03663 4259520
E-Mail: sandra.herrmann@behindertenverband-sok.de

Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Saale-Orla e.V.
Beratungs- und Begegnungsstätte „Humanitas“
Frau Fellmann
Ortsstraße 64
07907 Plothen
Telefon: 03664 8673927
E-Mail: beratung-betreuung@drk-sok.de

Für Bad Lobenstein:

DRK Pflegeheim Bad Lobenstein
Frau Sinnig
Am Alten Hügel 4
07356 Bad Lobenstein
Telefon: 036651 391800
E-Mail: ph-lbs-pdl@drk-sok.de

Diakoniestiftung Weimar-Bad Lobenstein
Thinka
Herr Walther/ Frau Sillier
Graben 1
07356 Bad Lobenstein
Telefon: 036651 395848
E-Mail: Thinka@diakonie-wl.de

Für Tanna, Hirschberg und Gefell:

DRK Kreisverband Saale-Orla e.V.
Ambulanter Pflegedienst Tanna
Frau Weber
Koskauer Str. 31
07922 Tanna
Telefon: 03647/413806
E-Mail: fbl-ap@drk-sok.de

Mobiles Seniorenbüro Tanna/ Hirschberg/
Gefell
Frau Oertel
Markt 1
07926 Gefell
Telefon: 036649 88038
E-Mail: seniorenbuero@diakonie-wl.de

Für Wurzbach, Remptendorf, Rosenthal am Rennsteig und Saalburg-Ebersdorf:

Agathe für Rosenthal am Rennsteig
Frau Grüner
Telefon: 0151 20380240
E-Mail: agathe@diakonie-wl.de

Agathe für Remptendorf und Wurzbach
Frau Weinreich
Telefon: 017610554416
E-Mail: agathe@diakonie-wl.de

Mobiles Seniorenbüro Wurzbach
Frau Kunstmann
Telefon: 01512 03802113
E-Mail: Seniorenbuero.Wurzbach@diakonie-wl.de

Für Anfragen stehen Ihnen die Koordinatorinnen des Netzwerkes „Gut leben und alt werden im Saale-Orla-Kreis“ unter folgenden Kontaktdaten zur Verfügung:

Landratsamt Saale-Orla-Kreis
Netzwerk „Gut leben und alt werden im Saale-Orla-Kreis“
Frau Lukas/ Frau Steinmark
Oschitzer Straße 4
07907 Schleiz
Telefon: 03663 488952 oder -959
E-Mail: sozialplanung@lrasok.thueringen.de
Webseite: www.gut-leben-rso.de

Inhaltsverzeichnis

Persönliches

Persönliche Angaben

Seite 5

Gesundheit

Medizinische Daten

Seite 7

Medikamentenplan

Seite 9

Krankenhausaufenthalt

Seite 10

Krankenhausaufenthalt/wichtige Anmerkungen

Seite 11

Vorsorge

Vollmachten und Verfügungen

Seite 12

Vordruck Vorsorgevollmacht

Seite 13

Meine Wertvorstellungen

Seite 17

Finanzielles

Bankverbindungen

Seite 18

Verträge

Seite 19

Vereinsmitgliedschaften

Seite 19

Versicherungen

Seite 20

Nachlass

Nachlassregelung

Seite 21

Todesfall

Seite 23

Bestattungswünsche und Vorstellungen

Seite 24

Persönliche Angaben

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

Telefonnummer

Konfession

Familienstand

ledig

verwitwet

verheiratet

geschieden

eingetragene Lebenspartnerschaft

Wohnsituation

allein lebend

nicht allein lebend

Beruf

Arbeitgeber

Kinder ja nein

Name

Telefonnummer

Name

Telefonnummer

Name

Telefonnummer

Weitere Angaben zur Person

Eine Betreuungsvollmacht liegt vor: ja nein

Name / Vorname

Anschrift

Telefon / Handy

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name, Vorname

Straße

PLZ Wohnort

Telefonnummer

Verwandtschaftsverhältnis / Bezug

Folgende Tiere leben in meinem Haushalt:

- Hund Katze Vögel
 Fische Sonstiges _____

Die Versorgung des Haustieres könnte folgende Person übernehmen:

Name Telefonnummer

Medizinische Daten

Krankenkasse _____ Versichertennummer _____

Krankenzusatzversicherung nein ja Versicherungsträger _____

Pflegezusatzversicherung nein ja Versicherungsträger _____

Hausarzt

Name _____ Adresse _____ Telefonnummer _____

weitere Fachärzte

Fachrichtung _____ Name _____ Telefonnummer _____

Fachrichtung _____ Name _____ Telefonnummer _____

Fachrichtung _____ Name _____ Telefonnummer _____

Schwerbehinderung nein ja Grad der Behinderung _____ Merkzeichen _____

Organspendeausweis nein ja Wo? _____

Pflegegrad keinen 1 2 3 4 5

Pflegedienst

Name _____ Adresse _____ Telefonnummer _____

Tagespflege

Name _____ Adresse _____ Telefonnummer _____

Hilfsmittel Brille Zahnprothese Haarteil / Perücke Gehhilfe
 Lesehilfe Herzschrittmacher Hörgerät Implantate
 Rollator / Rollstuhl Prothese _____

Diagnosen

Blutgruppe _____

Ich nehme Blutverdünner

nein ja

Allergien

nein ja Welche? _____

Demenz

nein ja

Herzinfarkt

nein ja Wann? _____

Herzschritmacher

nein ja Wann? _____

Bypass-Operation

nein ja Wann? _____

Bluthochdruck

nein ja

Asthma, chronische Bronchitis

nein ja

Diabetes

nein ja

Anfallsleiden / Epilepsie

nein ja

Nierenerkrankung

nein ja

Dialysebehandlung

nein ja

Bluterkrankheit (Hämophilie)

nein ja Welche? _____

Schlaganfall

nein ja Wann? _____

Tumorleiden

nein ja Welche? _____

Hepatitis

nein ja

HIV

nein ja

Medikamentenplan

Seit dem 1. Oktober 2016 haben alle Patienten, die gleichzeitig mindestens drei auf Kassenrezept verordnete, systemisch wirkende (d. h. im Körper wirkende) Medikamente anwenden und die Anwendung über mindestens vier Wochen vorgesehen ist, einen Anspruch auf einen persönlichen Medikamentenplan. Das heißt genau: Der Arzt schreibt konkret auf, welche Medikamente er mit welcher Dosierung verordnet hat.

Der Medikamentenplan sollte mindestens folgende Angaben für jedes Medikament enthalten:

- Wirkstoff
- Handelsname
- Stärke
- Darreichungsform
- Dosierung
- Hinweise zur Einnahme

Der Medikamentenplan sollte regelmäßig, mindestens einmal im Jahr aktualisiert werden. Bitte heften Sie hier ihren aktuellen Medikamentenplan ein. Diesen erhalten Sie von ihrem Hausarzt.



Krankenhausaufenthalt

Welche Vorbereitungen sind zu treffen?

Bei Krankentransport oder Rettungswagen:

- Genaue Wegbeschreibung / Zugangsmöglichkeit und Name an der Klingel der Leitstelle mitteilen
- Gegebenenfalls Außenlicht einschalten
- Falls Person liegt, Zugang freimachen (Hindernisse wegräumen)

Was muss mitgenommen werden?

- Ärztliche Krankeneinweisung, ggf. Transportschein und weitere ärztliche Dokumente
- Krankenversichertenkarte
- Personalausweis
- Vorsorgemappe
- Hygieneartikel
- Leichte, der Jahreszeit angepasste Nacht- und Tageswäsche, feste Hausschuhe
- Hilfsmittel
- Geringer Geldbetrag
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)

Wer muss informiert werden?

- Weitere Angehörige / Nachbarn (Haustierversorgung, Post, Pflanzenpflege absprechen)

Telefonnummer

- Gegebenenfalls der Arbeitgeber (siehe Seite 4)
 - Gegebenenfalls Pflegedienst / Tagespflege (siehe Seite 6)
-
-
-

Krankenhausaufenthalt - wichtige Anmerkungen

Besuch erwünscht ja nein

Folgende Personen sollen mich NICHT besuchen:

Ich habe folgende Gewohnheiten / Vorlieben im Alltag (z.B. Mittagsschlaf, Mediennutzung, Bewegung nach dem Essen, etc.)

Ich habe folgende Abneigungen im Alltag (z.B. Schlafen bei geschlossenem Fenster, Essen im Bett, etc.)

Sonstige Anmerkungen

Vollmachten und Verfügungen

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass Sie selbst nicht mehr ansprechbar sind, können Sie eine sogenannte Vorsorgevollmacht ausstellen. Diese legt fest, welche Person Sie im Bedarfsfall vertreten soll.

Gern informiert und berät Sie dazu auch die Betreuungsbehörde des Landratsamtes.

Kontakt:

Landratsamt Saale-Orla-Kreis

Betreuungsbehörde

Telefon: 03663 488145 oder 03663 488875

E-Mail: Betreuungsbehoerde@lrasok.thueringen.de

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?

nein ja Aufbewahrungsort: _____

Sollten Sie noch keine Vorsorgevollmacht haben, finden Sie eine Vorlage auf den nächsten Seiten.

Patientenverfügung

Ob und in welcher Form lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden sollen, wenn sie selbst in dieser Situation nicht mehr entscheiden können, legen Sie in einer Patientenverfügung fest. Informationen erhalten Sie in der Betreuungsbehörde oder unter:

www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht.html



Haben Sie eine Patientenverfügung?

nein ja Aufbewahrungsort: _____

Sollten Sie noch keine Patientenverfügung besitzen, finden Sie mögliche Vorlagen unter o. g. Link. Aufgrund der vielfältigen Ausgestaltungsmöglichkeiten ist eine Beratung sinnvoll. Gern können Sie sich diesbezüglich an die Betreuungsbehörde (Kontaktdaten siehe oben) wenden.



Vollmacht Seite 1

Vollmacht

Ich, _____ [Vollmachtgeber/in]
Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

_____ (bevollmächtigte Person)
Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

Fortsetzung Seite 2

1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff 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 und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 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. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

ja nein
- Solange es erforderlich ist, darf sie

 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) ja nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB) ja nein

entscheiden.
- _____
- _____
- _____

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ja nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ja nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. ja nein
- _____

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. ja nein

•

4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich ja nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ja nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja nein

- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ja nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**) ja nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). ja nein

•

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

•

•

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.



5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja nein

6. Vertretung vor Gericht

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

ja nein

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

ja nein

8. Betreuungsverfügung

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

ja nein

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

ja nein

10. Weitere Regelungen

-
-
-
-
-

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Meine Wertvorstellungen

Auf dieser Seite haben Sie die Möglichkeit Ihre ganz persönlichen Wertvorstellungen, (religiösen) Lebensansichten und Ihre Einstellungen zu Leben und Sterben auszudrücken. Auch Ängste und Hoffnungen können Sie hier festhalten. Sie schaffen damit eine weitere Orientierungshilfe für Angehörige, Bevollmächtigte und auch Ärztinnen und Ärzte, Behandlungsentscheidungen nach Ihren Vorstellungen zu treffen. Wenn diese verstehen, welche Überzeugungen zu Ihren Festlegungen in der Patientenverfügung geführt haben, sind Ihre Wünsche auch nachvollziehbar, wenn die konkrete Behandlungssituation nicht genau mit der Vorgabe in der Patientenverfügung übereinstimmt oder wenn es Auslegungsprobleme gibt.

Folgende Fragen möchten wir Ihnen als Anregung für die Formulierung Ihrer Wertvorstellungen mitgeben.

Was bedeutet für mich ein lebenswertes Leben?

Möchte ich ein möglichst langes Leben führen? Oder ist mir wichtiger, gut und intensiv zu leben?

Was wünsche ich mir im Hinblick auf mein eigenes Sterben? Was bedeutet für mich ein würdevoller Tod?

Bankverbindungen

Ich habe Konten/Sparbücher/Geldanlagen bei folgenden Kreditinstituten

Sparkasse _____
Name

Volks- und Raiffeisenbank _____
Name

Sonstige _____
Name der Bank

Sonstige _____
Name der Bank

Sonstige _____
Name der Bank

Ich habe Kreditkarten

nein ja Bank/Anbieter _____

Bank/Anbieter _____

Ich habe einen Kreditvertrag

nein ja Bank/Anbieter _____

Bank/Anbieter _____

Ich besitze ein Schließfach

nein ja Bank _____

Bestehende Verträge

Ich habe folgende Verträge abgeschlossen

- Mietvertrag Anbieter _____
- Wasser / Abwasser Anbieter _____
- Müllentsorgung Anbieter _____
- Gas Anbieter _____
- Strom Anbieter _____
- Telefon Anbieter _____
- Handy Anbieter _____
- Internet Anbieter _____
- Bausparvertrag Anbieter _____
- Zeitungen/Zeitschriften Anbieter _____
- _____ Anbieter _____

Vereinsmitgliedschaften

Ich bin Mitglied in folgenden Vereinen:

- _____
Name des Vereins
- _____
Name des Vereins
- _____
Name des Vereins

Versicherungen

Steueridentifikationsnummer _____

Altersrente nein ja Versicherungsträger _____

Witwenrente nein ja Versicherungsträger _____

Betriebs- oder Zusatzrente nein ja Versicherungsträger _____

Private Rentenversicherung
und Riester-Rente nein ja Versicherungsträger _____

Beamtenversorgung nein ja Versicherungsträger _____

Ich habe folgende Versicherungen abgeschlossen

Auslandskrankenversicherung Versicherungsträger _____

Lebensversicherung (1) Versicherungsträger _____

Lebensversicherung (2) Versicherungsträger _____

Lebensversicherung (3) Versicherungsträger _____

Feuer- / Gebäudeversicherung Versicherungsträger _____

Hausratversicherung Versicherungsträger _____

Privathaftpflichtversicherung Versicherungsträger _____

KFZ-Versicherung Versicherungsträger _____

KFZ-Versicherung (Zweitwagen) Versicherungsträger _____

Sterbegeldversicherung Versicherungsträger _____

Unfallversicherung Versicherungsträger _____

Rechtsschutzversicherung Versicherungsträger _____

_____ Versicherungsträger _____

_____ Versicherungsträger _____

Nachlassregelungen

Folgende Nachlassregelungen habe ich getroffen:

- handschriftliches Testament
- notarielles Testament
- Erbvertrag

Name und Anschrift des Notars, bei dem das Testament oder der Erbvertrag erstellt wurde

Kenntnis von meiner Nachlassverfügung hat

Name _____

Anschrift _____

Meine Nachlassverfügung wird aufbewahrt:

Digitaler Nachlass

Bitte vermerken Sie in nachfolgender Tabelle welche Angebote Sie nutzen. Unter digitalem Nachlass zählen insbesondere:

- | | |
|---------------------|--|
| - E-Mail-Dienste | z.B. Googlemail, gmx.de, Web.de etc. |
| - Soziale Netzwerke | z.B. Facebook, Instagram, LinkedIn, Twitter, Xing etc. |
| - Messenger | z.B. Hoccer, Signal, Skype, Threema, WhatsApp etc. |
| - Cloud-Dienste | z.B. Dropbox, Google Drive etc. |
| - Shopping-Konto | z.B. amazon, bonprix, ebay etc. |
| - Streaming-Abo | z.B. Amazon Prime Video, maxdome, Netflix, Sky etc. |

Wichtig: Passwörter sollen unbefugten Dritten nicht zugänglich gemacht werden. Bewahren Sie diese Liste deshalb bitte in einem verschlossenen Umschlag hier in der Vorsorgemappe oder an einem anderen sicheren Ort auf.

Todesfall

Welche Maßnahmen sind zu treffen?

Nach jedem Todesfall muss beim Standesamt eine Sterbeurkunde beantragt werden.

Dazu wird benötigt:

- Der Totenschein (wird vom Arzt ausgefüllt)
- Der Personalausweis / Reisepass der / des Verstorbenen
Aufbewahrungsort _____
- Die Geburtsurkunde der/des Verstorbenen
Aufbewahrungsort _____
- Gegebenenfalls Heiratsurkunde (Familienstammbuch) bzw. bei geschiedenen Personen das Scheidungsurteil
Aufbewahrungsort _____

Weiterhin zu erledigen

- Angehörige benachrichtigen
- Auswahl des Bestattungsinstituts (Prüfen ob bereits ein Vertrag besteht)
- Auswahl der Bestattungsart (Prüfen ob es eine Verfügung gibt)
- Kontakt zum Pfarramt herstellen
- Wenn vorhanden Sterbegeldversicherung informieren
- Nach Beurkundung des Sterbefalls den Tag der Beisetzung sowie die Lage des Grabes mit der Verwaltung des Friedhofes besprechen
- Inserat Todesanzeige / Danksagung
- Schriftliche Information über den Sterbefall an die Lebens- und Sterbeversicherung
- Mitteilung an die Banken, bei denen die verstorbene Person Konten hatte (siehe Seite 17)
- Schriftliche Kündigung laufender Verträge (siehe Seite 18)
- Schriftliche Mitteilung an Vereine, bei denen die verstorbene Person Mitglied war (siehe Seite 18)
- Abmeldung bei der Rentenanstalt
- Abmeldung Rundfunk- und Fernsehgebühren
- Wenn vorhanden Abmeldung des Kraftfahrzeuges
- Beantragung von Witwen-/ Witwerrente

Bestattungswünsche und Vorstellungen

Welche Maßnahmen sind zu treffen?

Ich wünsche eine Betreuung durch folgendes Bestattungsinstitut:

Bestattungsinstitut: _____

Name _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen ja nein

Ich wünsche folgende Art der Bestattung

Erdbestattung

Feuerbestattung

anonyme Bestattung

Seebestattung

Bestattung im Friedwald

Gewünschter Bestattungsort

Ich habe bereits eine Grabstätte erworben _____

Eine Grabstätte ist bereits vorhanden, Grabnummer _____

Ich möchte beigesetzt werden, Name / Grabnummer _____

Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof _____

Wünsche zur Trauerfeier

Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunde

Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen

Ich wünsche eine kirchliche Trauerfeier

Ich wünsche eine nicht kirchliche Trauerfeier

Ich wünsche Geldspenden statt Blumen.

Das Geld soll für folgenden Zweck verwendet werden: _____

Ich wünsche eine Traueranzeige (Eine Liste mit Personen, die eine Anzeige erhalten sollen, liegt bei)

Ich wünsche folgenden Redner/Pfarrer: _____

Bestattungswünsche und Vorstellungen

Wünsche zum Einkleiden meines toten Körpers:

Wünsche zum Sarg, Ausstattung meines Sarges / meiner Urne:

Wünsche zur Musik:

Wünsche zum Blumenschmuck:

Weitere Anmerkungen:

Zusätzliche Notizen