



Notfallmappe

Name, Vorname

Geburtsdatum

Landratsamt Kelheim

Donaupark 12, 93309 Kelheim, Telefon (09441) 207-1040, Telefax (09441) 207-681040
gleichstellungsstelle@landkreis-kelheim.de, www.landkreis-kelheim.de

Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

natürlich hoffen wir alle, dass der Notfall nie eintritt. Doch oft verändern Schicksalsschläge, sei es durch Krankheit, Unfall oder gar durch einen Todesfall 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 Freunde, Nachbarn und Bekannte auf die Möglichkeit einer Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für jüngere Personen Sinn macht.

Sie können diese Mappe bei der Seniorenstelle des Landkreises Kelheim, Tel. 09441/207-1040 anfordern oder aber auch als pdf-Datei auf den Seiten der Seniorenstelle unter www.landkreis-kelheim.de herunterladen.

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

Herzliche Grüße



Martin Neumeyer
Landrat



Gabi Schmid
Seniorenbeauftragte

Inhaltsverzeichnis

1. Persönliche Daten, wichtige Rufnummern

- 1.1 Persönliche Daten
- 1.2 Im Notfall zu benachrichtigen
- 1.3 Hausarzt
- 1.4 Apotheke
- 1.5 Wichtige Rufnummern
- 1.6 Mitgliedschaften/Abonnements

2. Krankenversicherung

- 2.1 Kranken- und Pflegeversicherung
- 2.2 Behandlungen und Medikamente
- 2.3 Allergien, Impfungen, Organspendenausweis, Sonstiges

3. Versicherungen

- 3.1 Rente/Versorgung
- 3.2 Sterbegeldversicherung/Gruppensterbegeldversicherung
- 3.3 Lebensversicherung
- 3.4 Unfallversicherung
- 3.5 Privathaftpflichtversicherung
- 3.6 Hausratversicherung
- 3.7 Feuerversicherung
- 3.8 Kfz.-Versicherung
- 3.9 Gebäudeversicherung
- 3.10 Weitere Versicherungen

4. Vermögensaufstellung / Verbindlichkeiten

- 4.1 Grundbesitz
- 4.2 Girokonten
- 4.3 Sparkonten
- 4.4 Weitere Konten
- 4.5 Bausparvertrag
- 4.6 Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände
- 4.7 Vollmachten
- 4.8 Verbindlichkeiten
- 4.9 Bankschließfach

5. Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter

- 5.1 Vorsorgevollmacht
- 5.2 Betreuungsverfügung
- 5.3 Patientenverfügung
- 5.4 Weitere Informationen

6. Vorbereitende Maßnahmen einer Krankenhauseinweisung

7. Todesfall

8. Hospizverein im Landkreis Kelheim e.V.

9. Begleitung Trauernder

1. Persönliche Daten, wichtige Rufnummern

1.1 Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	Blutgruppe
Handynummer	email-Adresse
Familienstand	
Verwahrung der Urkunde/Stammbaum/Sterbeurkunde/Scheidungsurteil	
Steuer-Identifikations-Nummer	

1.2 Im Notfall zu benachrichtigen

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	Telefax
Handynummer	email-Adresse

Name Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon

Telefax

Handynummer

email-Adresse

1.3 Hausarzt

Name der Praxis

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon

Telefax

1.4 Apotheke

Name der Apotheke

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Telefon

Telefax

1.5 Wichtige Rufnummern

**Rettungs- / Notarzt- und
Feuerwehrnotruf Notruf 112**

Polizei-notruf Notruf 110

Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117

Giftnotruf Nürnberg 0911/3 98 24 51

Giftnotruf München 089/ 19 240

Polizeiinspektion Kelheim 09441/ 5 04 20

Polizeiinspektion Mainburg 08751/86 330

Telefon-Seelsorge 0800/111 0 111 oder 111 0 222

**Krisendienst HORIZONT
Hilfe bei Selbstmordgefahr 0941/58 181**

EC-Kartensperrung 116 116

.....

.....

1.6 Mitgliedschaften, Abonnements

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:

.....

.....

.....

.....

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:

.....

.....

.....

.....

2. Krankenversicherung

2.1 Kranken- und Pflegeversicherungen

Krankenversicherung

Name der Krankenkasse _____

Ort der Krankenkasse _____

Tel.Nr. _____

Nr. der Versichertenkarte _____

Versicherungskarte befindet sich _____

Pflegeversicherung

Name der Pflegekasse: _____

Ort der Pflegekasse _____

Telefon _____

Nr. der Versichertenkarte _____

Versichertenkarte befindet sich _____

Weitere Krankenversicherungen (z.B. Krankenhaus-Zusatzversicherung):

2. 2 Behandlungen und Medikamente

Ärztliche Behandlungen - ambulant -

Datum von/bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

Medikamente

Name des Medikamentes	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit	Einnahmezeit

Blutgerinnungshemmende Substanzen: (Marcumar etc.):

Zahnärztliche Behandlungen

Datum von / bis	Grund der zahnärztlichen Be- handlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arz- tes

Klinische Behandlungen -stationär-

Datum von / bis	Grund des Klinikaufenthaltes (Diagnose)	Name / Anschrift des Krankenhauses

2.3 Allergien, Impfungen, Organspendeausweis, Sonstiges

Allergien

Allergiepass vorhanden ja/nein

Nachweis von Impfungen ja/nein

Impfbuch vorhanden ja/nein

Organspendeausweis vorhanden: ja/nein

Der Allergiepass, das Impf-Buch und der Organspende-Ausweis befinden sich

.....

Sonstiges (Herzschrittlemacher, künstliche Gelenke)

.....

.....

3. Versicherungen

3.1 Rente / Versorgung

a) Deutsche Rentenversicherung

Name

Adresse

Vers.-Nr.

b) Private Rentenversicherung

Name

Adresse

Vers.-Nr.

c) weitere Altersvorsorgen

Name

Adresse

Vers.-Nr.

d) Beamtenversorgung

Name

Adresse

Vers.-Nr.

3.2 Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

Name örtl.zust.Vertreter

AnschriftName

Vers.Nr.....

3.3 Lebensversicherung

Name örtl.zust.Vertreter

AnschriftName

Vers.Nr.....

3.4 Unfallversicherung

Versicherung:

Name örtl.zust.Vertreter

AnschriftName

Vers.Nr.....

3.5 Privathaftpflichtversicherung

Versicherung:

Name örtl.zust.Vertreter

AnschriftName

Vers.Nr.....

3.6 Hausratversicherung

Versicherung:

Name örtl.zust.Vertreter

AnschriftName

Vers.Nr.....

3.7 Feuerversicherung

Name örtl.zust.Vertreter

AnschriftName

Vers.Nr.....

3.8 Kfz-Versicherung

Kfz-Kennzeichen

Versicherung

örtl.zust.Vertreter

Anschrift

Vers.Nr.....

3.9 Gebäudeversicherung

Versicherung

örtl.zust.Vertreter

Anschrift

Vers.Nr.....

3.10 Weitere Versicherungen

Art der Versicherung

Name der Versicherung

örtl.zust.Vertreter

Anschrift

Vers.Nr.....

Art der Versicherung

Name der Versicherung

örtl.zust.Vertreter

Anschrift

Vers.Nr.....

4. Vermögensaufstellung / Verbindlichkeiten

4.1 Grundbesitz

Mein Grundbesitz ist eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes

von.....Blatt.....

und.....

Ich bin Alleineigentümer/Miteigentümer zusammen mit:

.....

Die Unterlagen befinden sich

4.2 Girokonten

Girokonto-Nr.....bei.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt

Girokonto-Nr.....bei.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt.....

4.3 Sparkonten

Sparkassenbuch Nr.....der Sparkasse.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt

Sparbuch Nr.....bei.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt

Sparbuch-Nr.....bei.....

Es befindet sich.....

Außer mir ist verfügungsberechtigt

4.4 Weitere Konten

bei.....Nr...../Art des Kontos.....

bei.....Nr...../Art des Kontos.....

bei.....Nr...../Art des Kontos.....

bei.....Nr...../Art des Kontos.....

4.5 Bausparvertrag

Nr.....bei.....

Die Unterlagen befinden sich.....

4.6 Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände

.....
.....
.....

4.7 Vollmachten

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

.....

Konto-Nr.....Konto-Nr.....

Die Vollmacht befindet sich

4.8 Verbindlichkeiten

Darlehensgeber Betrag Fälligkeit Tilgung

.....
.....
.....

Die Unterlagen befinden sich.....

4.9 Bankschließfach

Geldinstitut

Schließfachnummer

Außer mir ist verfügungsberechtigt

Der Schlüssel befindet sich

5. Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter

Es kann jedem passieren, durch Unfall, Krankheit oder Alter in der persönlichen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit eingeschränkt zu sein – und sei es auch nur vorübergehend.

Wer aber soll in ärztliche Behandlungsmaßnahmen einwilligen, soll einen Heimvertrag abschließen, wer soll die Wohnung auflösen, soll Sozialleistungen und Renten beantragen, das Vermögen verwalten – und vieles mehr - wenn man selbst dazu nicht mehr in der Lage ist?

Selbst engste Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen haben hierzu keine automatische Handlungsbefugnis, sondern müssen ausdrücklich eine rechtliche Vertretungsbefugnis übertragen bekommen und diese nachweisen können.

Dabei gibt es zwei Möglichkeiten der späteren rechtlichen Vertretung bzw. zwei Möglichkeiten, diese selbst vorsorgend zu gestalten.

5.1 Vorsorgevollmacht

Solange man selbst noch geschäftsfähig ist, kann man mittels einer Vorsorgevollmacht eine Person des Vertrauens mit der späteren Vertretung beauftragen. Es können auch mehrere Personen als Bevollmächtigte berufen werden.

Eine gerichtlich angeordnete und kontrollierte gesetzliche Vertretung – „Betreuung“ - kann so vermieden werden.

Bei der Vollmachtserteilung sollte nicht nur an Befugnisse zur Regelung finanzieller und behördlicher Dinge gedacht werden, sondern gerade auch an solche im Bereich der Personensorge (Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung).

Um die Gültigkeit einer Vorsorgevollmacht sicherzustellen, andererseits aber auch Vollmachtsmissbrauch auszuschließen, gilt es allerdings bestimmte Erfordernisse an Form und Inhalt zu berücksichtigen.

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

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau

Anschrift

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich

.....

5.2 Betreuung – Betreuungsverfügung

Soweit eine gesetzliche Vertretung nicht durch Vollmacht erteilt wird, bestellt das Betreuungsgericht durch Beschluss einen gesetzlichen Vertreter – Betreuer –, der innerhalb bestimmter „Aufgabenkreise“ (=Vertretungsbefugnisse) die Angelegenheiten des Betroffenen regelt.

Mit einer Betreuungsverfügung bestimmt man vorab, wer als Betreuer bestellt werden soll und wie dieser die „Betreuung“ zu führen hat.

Die in einer Betreuungsverfügung geäußerten Wünsche sind grundsätzlich verbindlich, es wird im Betreuungsverfahren aber nochmals die dann aktuelle Situation geprüft (Hält der Betroffene noch an seinen Wünschen fest? Ist der vorgeschlagene Betreuer noch bereit und geeignet?)

Im Gegensatz zu einem Bevollmächtigten steht der Betreuer als gesetzlicher Vertreter unter Aufsicht des Betreuungsgerichtes und bedarf in vielen Angelegenheiten der Vermögenssorge einer Genehmigung.

5.3 Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung legt man sich auf die spätere Behandlung bei schweren oder unumkehrbaren Krankheiten und Krankheitsverläufen fest (z.B. „lebensverlängernde Maßnahmen“).

Eine rechtliche Vertretung wird damit aber nicht geschaffen!

5.4 Weitere Informationen

Falls Sie noch weitere Informationen wünschen, können Sie sich selbstverständlich an die Betreuungsstelle des Landratsamtes Kelheim wenden. Die Mitarbeiter beraten Sie gerne telefonisch – nach Terminabsprache – auch persönlich.

Ihre Ansprechpartner sind

für den nördlichen Landkreis Kelheim:

Christiane Utz, Tel. 09441/207-5217

Thomas Schuster, Tel. 09441/207-5218

Verena Haider, Tel. 09441/207-5219

Landratsamt, Gebäude Hemauer Str. 48 a, 93309 Kelheim

für den südlichen Landkreis:

Herr Andreas Geismeyer, Tel.: 08751/865112,

Birgit Zirngibl, Tel. 08751/865112

Landratsamt Dienststelle Mainburg, Regensburger Str. 1, 84048 Mainburg

Informationen und Vordrucke zur rechtlichen Vorsorge können Sie auch wie folgt beziehen:

Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ des Bayerischen Justizministeriums, ISBN 978-3406-66321-5 (Februar 2017)

als pdf-Datei über das Internet unter www.justiz.bayern.de/service/broschueren

im Buchhandel zu einem Preis von 5,50 € erhältlich,
Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-65433-6

direkt bei dem Verlag C.H.Beck, Wilhelm-Str. 9, 80801 München
Tel.: 089/38189 750
Fax.: 089/38189 358 oder 135
E-Mail: bestellung@beck.de

Der Bayerische Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. gibt die Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ für Sehbehinderte und Blinde auf Kassette, in Punkt-schrift, MAXI-Druck und auf Diskette heraus.
Die E-mail-Anschrift lautet: bit@bbsb.org

Broschüre „Betreuungsrecht“ des Bundesjustizministeriums

die Informationsbroschüre zum Thema „Betreuung“ enthält auch Informationen und Muster für Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

kostenlos zu bestellen oder als pdf-Datei unter
www.bundesjustizministerium.de/service/publikationen

Broschüre „Patientenverfügung“

befasst sich ausschließlich mit diesem Thema und bietet ausführliche Formulierungshilfen

kostenlos zu bestellen oder als pdf-Datei unter
www.bundesjustizministerium.de/service/publikationen

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen der Formulare:

Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen eine individuelle Gestaltung der Vollmacht nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen. Dies bedingt aber auch, dass **Sie sich jeweils für „Ja“ oder „Nein“ entscheiden**. Lassen Sie etwa eine Zeile unangekreuzt oder füllen versehentlich beide Kästchen aus, ist die Vollmacht in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und ungültig; als Konsequenz würde dann die Betreuung gerichtlich angeordnet.

Wollen Sie jeden Zweifel vermeiden, können Sie jeden Absatz mit Ihrer Unterschrift versehen.

Bitte verwenden Sie Sorgfalt auf das Ausfüllen!

Die Unterschrift des Bevollmächtigten ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der Vollmacht. Die vorgesehene Zeile hierfür soll Sie nur daran erinnern, dass die frühzeitige Einbindung Ihrer Vertrauensperson höchst sinnvoll ist.

Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie unbedingt den Rat eines Rechtsanwalts oder Notars suchen oder die Hilfe der Betreuungsstelle im Landratsamt Kelheim in Anspruch nehmen.

Vollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse)

(Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an:

(bevollmächtigte Person)

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(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.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. 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. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ja ☐ Nein ☐
- Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Es ist hierzu die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§1904 Abs. 1 BGB)! Ja ☐ Nein ☐
- Sie darf ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. *) Ja ☐ Nein ☐
- Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja ☐ Nein ☐

* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

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

Ja ☐ Nein ☐

In diesen Fällen hat die/der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen !

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen und mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Vermögenssorge (bitte beachten Sie hierzu den Hinweis auf letzten Seite dieses Vordrucks!)

- 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
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- Verbindlichkeiten eingehen
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja ☐ Nein ☐

Vertretung vor Gericht

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

Ja ☐ Nein ☐

Untervollmacht

- Sie darf mich in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. (z. B. Rechtsanwalt, Steuerberater, Hausverwaltung)

Ja ☐ Nein ☐

Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post - auch mit dem Vermerk "eigenhändig" - entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja ☐ Nein ☐

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

Ja ☐ Nein ☐

Geltung über den Tod hinaus

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

Ja ☐ Nein ☐

Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

Ja ☐ Nein ☐

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 ☐

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/de Vollmachtgebers

Wichtiger Hinweis zur Vermögenssorge (Seite 2):

Banken, Sparkassen und Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf eigenen Vor-
drucken. Halten Sie diesbezüglich bitte Rücksprache mit Ihrer Bank.

Bei Erwerb und Verkauf einer Immobilie durch den Bevollmächtigten muss die Unterschrift des
Vollmachtgebers durch den Notar oder die Urkundsperson der Betreuungsbehörde beglaubigt sein.

Für die Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notariell beurkundete
Vollmacht erforderlich.

**Folgende ärztliche Bestätigung ist kein Formerfordernis, kann aus Erfahrung
der Betreuungsstelle aber der Akzeptanz der Vollmacht dienen:**

Der/Die Vollmachtgeber/in hat Art, Bedeutung und Tragweite der Vollmacht verstanden und war
zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung geschäftsfähig:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Hausarzt

Auftrags- / Innenverhältnis zur Vollmacht vom

Im Innenverhältnis zur Vollmacht werden folgende Vereinbarungen getroffen zwischen

Vollmachtgeber/in

und

Bevollmächtigte/r

Bevollmächtigte/r

Bevollmächtigte/r

Bevollmächtigte/r

Von der Vollmacht darf erst Gebrauch gemacht werden, wenn der Vollmachtgeber in Folge Unfall, Krankheit oder aus Altersgründen nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen.

Das Auftragsverhältnis kann von jeder Seite ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
Die Vollmacht ist jederzeit widerruflich.

Bei Bevollmächtigung mehrerer Personen:

☐ **Die Bevollmächtigten sind jeweils allein vertretungsbefugt.**

Jede/r Bevollmächtigte ist berechtigt, den Vollmachtgeber in den in der Vollmacht genannten Aufgabenkreisen allein zu vertreten.

oder

☐ **Nur als Ersatzbevollmächtigte/r wird/werden bestimmt:**

Der/Die Ersatzbevollmächtigte/n darf/dürfen erst handeln, wenn der/die Hauptbevollmächtigte nicht mehr in der Lage oder Willens bzw. vorübergehend verhindert ist/sind (z. B. Urlaub oder Krankheit), die Vollmacht auszuüben. Sollte der/die Bevollmächtigte nicht mehr in der Lage oder Willens sein, die Vollmacht auszuüben, so hat er/sie die Vollmachtsurkunde und alle Unterlagen an den/die Ersatzbevollmächtigte/n herauszugeben. Diese Verpflichtung trifft auch die Erben des/der Bevollmächtigten im Falle seines/ihres Todes.

☐ **Ansonsten treffe ich zur Handhabung der Vollmacht die umseitig genannten Bestimmungen**

Ort, Datum

Vollmachtgeber

Bevollmächtigte/r

Bevollmächtigte/r

Bevollmächtigte/r

Bevollmächtigte/r

Weitere Bestimmungen zur Handhabung der Vollmacht

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

Betreuungsverfügung

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Dat.: _____ in: _____
PLZ, Ort: _____ Straße: _____

Es kann geschehen, dass ich durch Alter, Krankheit, Behinderung oder Unfall in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr besorgen kann.

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

☐ **Als Person/en, die mich betreuen soll/en, schlage ich vor:**

und/oder

Name: _____	Name: _____
Geb.-Dat.: _____	Geb.-Dat.: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Tel./Fax: _____	Tel./Fax: _____

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

Name: _____
Geb.-Dat.: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

☐ **Ich kenne derzeit niemanden, den ich als Betreuer/in vorschlagen könnte und verlasse mich bei der Auswahl auf die gewissenhafte Entscheidung des Gerichts.**

Datum/Unterschrift

Meine Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung in Bezug auf :

a) Sorge für meine Gesundheit: (siehe auch gesonderte Patientenverfügung)

b) Pflegerische Versorgung:

c) Verwaltung meines Vermögens:

d) Sonstige Wünsche:

Datum/Unterschrift

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich:

geboren am:

wohnhaft in:

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,
bestimme ich Folgendes:

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier
angekreuzt bzw. beigefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ☐
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. ☐
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. ☐
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. ☐
- ☐

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ☐

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Die Unterlassung von Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. ☐
- Keine Wiederbelebensmaßnahmen ☐

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen, und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase, oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). ☐

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung

☐ durch _____

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

☐ durch Seelsorge _____

☐ durch Hospizdienst _____

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.

Ja ☐ Nein ☐

Hinweis auf erteilte Vollmacht(en):

Name der/des Bevollmächtigten: _____

Adresse: _____

Telefon/Telefax: _____

E-Mail: _____

● Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja ☐ Nein ☐

● Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja ☐ Nein ☐

● Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor ☐

oder

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor. ☐

(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) - soweit ohne erheblichen Verzug möglich - Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

E-Mail: _____

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

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

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht zwingend vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt / Ärztin meines Vertrauens:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax: _____

E-Mail: _____

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von *

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax: _____

E-Mail: _____

*(Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Beratenden

MEINE WERTVORSTELLUNGEN

- Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung -

Name, Vorname:

Adresse:

Datum:

Unterschrift

6. Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben (Notruf 112)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster/Hausnummerbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)

Bitte mitnehmen:

- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen, evtl. Vorsorgevollmacht
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

7. Checkliste „Erste Schritte bei einem Todesfall“

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

- 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 vom Krankenhaus übernommen.
- nächste Angehörige benachrichtigen
- Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung
- überlegen, ob Aschenbeisetzung, Bestattung im Friedwald (Ruhestätte in der Natur), Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab
- spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen

Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:

- Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
- Todesbescheinigung
- Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
- Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
- evtl. Scheidungsurteil wenn nicht wieder verheiratet.

- Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes festgelegt und der Tag der Beisetzung festgelegt.
- Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
- umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen
- Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen
- schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen
- schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge
- schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
- Witwen/Witwerrente beantragen – bei Fragen an die Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung, Maximilianstraße 9, 93047 Regensburg,
- Tel. 0941/58490 wenden. Bei Vorsprachen in der Beratungsstelle unbedingt telefonisch Termin vereinbaren und Ausweispapiere mitführen.
- Evtl. Danksagungen bei den Tageszeitungen aufgeben.

Diese vorgenannten Tätigkeiten können Sie auch zum Großteil einem Bestattungsunternehmen übertragen. Dies ist natürlich mit Kosten verbunden.

Nachlassangelegenheiten:

- sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.
- dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Hospizverein im Landkreis Kelheim e.V. - Lebensbegleitung für schwerkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und dem Sterben lieber Menschen wird heutzutage häufig hinaus geschoben oder findet gar nicht statt. Der Schwerkranke, seine Angehörigen sowie Freunde und Bekannte sind zum Teil sehr verunsichert, wissen nicht wie sie mit der Situation des Sterbens, des Abschiednehmens umgehen sollen.

Ehrenamtliche gut vorbereitete Begleiterinnen und Begleiter des Hospizvereins im Landkreis Kelheim e.V. bieten deshalb dem schwerkranken Menschen und seiner Familie in dieser herausfordernden Situation kostenlos ihre Unterstützung an. Es sind Frauen und Männer mit individuellen Lebenserfahrungen, mit ganz unterschiedlichen Berufen, Interessen und Konfessionen. Sie haben für ihre ehrenamtliche Arbeit an einer qualifizierten Ausbildung teilgenommen und ergänzen diese durch jährliche Fortbildungen.

Sie unterliegen der absoluten Schweigepflicht, dürfen keine Informationen die sie bei ihrem Einsatz erhalten nach außen tragen.

Hospizhelfer sind bei den Kranken, führen Gespräche, hören zu, lesen vor, stellen Kontakt zu Verwandten her, geben praktische und geistige Hilfe.

Angehörige sind mit der Begleitung eines schwerkranken oder sterbenden Menschen oft überfordert. Hier bieten die ehrenamtlichen Helfer Entlastung, indem sie sich im Gespräch mit den Ängsten, Sorgen und Nöten der Angehörigen auseinandersetzen. Zudem kann sich ein Angehöriger auch einmal eine Auszeit für sich nehmen, weil die Hospizhelfer bei dem Kranken sind - ob zu Hause, im Krankenhaus oder im Altenheim.

Das kostenlose Angebot des Hospizvereins im Landkreis Kelheim e.V. soll die Arbeit aller an der Pflege und Betreuung Sterbender beteiligter Einrichtungen (z.B. Brückenpflege, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen) unterstützen.

Kontakt: Hospizverein im Landkreis Kelheim e.V.

Barbara-von-Eck Str. 1 (Zugang über Klausenstraße), 93309 Kelheim

Telefon: 0175 3506607

Email: info@hospizverein-landkreis-kelheim.de



9. Begleitung Trauernder

Sie haben einen Ihnen nahe stehenden Menschen verloren?

Sie sind traurig, auf einmal ist da eine große Leere?

Sie fühlen sich selbst von vertrauten Menschen oft nicht verstanden?

Der Hospizverein lädt Sie zu Einzelgesprächen mit unseren Trauerbegleiter/innen ein. Sie können in unseren offenen oder geschlossenen Trauergesprächskreisen in Kelheim, Abensberg und Mainburg Menschen begegnen, die auch einen nahestehenden Menschen verloren haben oder das Trauer- und Lebenscafé in Kelheim besuchen.

Einzelbegleitung

Wer trauert, braucht jemanden, dem er sich offen mitteilen kann. Unsere Trauerbegleiterinnen helfen Ihnen mit einem Einzelgespräch oder einer längeren Einzelbegleitung.

Das **Trauer- und Lebenscafé Kelheim** ist eine Oase für Menschen, die in ihrer Trauer gefangen sind. Es ist eine kostenlose und unverbindliche Anlaufstelle für alle, die einen nahestehenden Menschen verloren haben. Es findet jeweils am 2. Samstag im Monat von 15:00 – 17:00 Uhr im Evangelischen Gemeindezentrum, Ludwigstr. 2, 93309 Kelheim statt. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Nähere Informationen bei Michaela Thoma, Tel.: 09441/4495

Offener Trauergesprächskreis

Im offenen Trauergesprächskreis können Sie Ihre Sorgen, Nöte, Gedanken und Gefühle miteinander besprechen und teilen. Sie finden einmal monatlich in Kelheim und Abensberg von April bis September statt. Der Trauergesprächskreis in Mainburg ist ein Angebot über das ganze Jahr.

Es können immer wieder neue Teilnehmer/innen zur Gruppe dazukommen.

Ansprechpartnerin Raum Kelheim: Annette Anzinger-Baur, Tel.: 09441/10000

Raum Abensberg: Alfred Stocker, Tel.: 09443/5614, Edith Brodbeck, Tel.: 09443/3897

Veranstaltungsort: Barbarasaal des kath. Pfarrheimes Abensberg, Theoderichstr. 11.

Ansprechpartnerin Raum Mainburg: Marlene Lesmeister, Tel.: 08751/1513

Veranstaltungsort: Katholisches Pfarrheim, Am Gabis 7, 84048 Mainburg.

Geschlossener Trauergesprächskreis

Von Oktober bis März findet in Kelheim und Abensberg jeweils ein Geschlossener Trauergesprächskreis mit aufeinander aufbauenden Themen an **10 Abenden** statt.

Die Teilnehmer werden am ersten Abend über den Aufbau des Gesprächskreises informiert.

Ansprechpartnerin Raum Kelheim: Annette Anzinger-Baur, Tel.: 09441/10000

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner Raum Abensberg:

Edith Brodbeck, Tel.: 09443/3897

Alfred Stocker, Tel.: 09443/5614

<u>Für den Notfall:</u>			
Zur Aufbewahrung in der Börse / bei den Ausweispapieren			
Ich habe eine		Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht
Name			
Anschrift			
Meine Vertrauensperson / en:			
Name / Anschrift / Handy- oder Telefonnummer			

Organspendeausweis

Erklärung zur Organ- und Gewebespende	Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:	
	☐ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.	
	oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:	
	oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:	
	oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.	
	oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:	
	Name, Vorname	Telefon
	Straße	PLZ, Wohnort
	Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise	
	DATUM	UNTERSCHRIFT

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Wohnort

**Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung**

Organspende
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.

Weitere Infos bei der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
 Ostmerheimer Str. 220
 51109 Köln
 Tel.: 0221/8992-0
 Fax: 0221/8992-300
 E-Mail: Poststelle@bzga.de

Der Organspendeausweis kann direkt im Internet heruntergeladen werden:

<https://www.organspende-info.de/>



Impressum

Herausgeber

Zentrum für Chancengleichheit im Landratsamt Kelheim

Seniorenbeauftragte Gabi Schmid

Donaupark 12

93309 Kelheim

Tel. 09441/207-1040

Email: gabi.schmid@landkreis-kelheim.de

Stand: Februar 2018

Die in der Notfallmappe zusammengestellten Informationen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, wurden jedoch sorgfältig recherchiert. Aus diesem Grund können an den Herausgeber keine rechtlichen Ansprüche gestellt werden. Anregungen, Ergänzungen und Berichtigungen nimmt das Zentrum für Chancengleichheit gerne entgegen.