

Stadt Elzach



VORSORGE Mappe

Hilfe für den Notfall



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Bürgerinnen und Bürger!

Kluge Köpfe sorgen vor!

Jeder Mensch kann unerwartet und unverschuldet in eine Lage kommen, in welcher er die eigenen Rechte nicht mehr selbst vertreten oder den Alltag nicht mehr eigenverantwortlich zu regeln vermag. Dies kann zum Beispiel durch Unfall, Krankheit, Behinderung oder Alter geschehen. Demzufolge ist es wichtig, sicher sein zu können, dass in jeder Lebenssituation in Ihrem Sinne gehandelt wird.

Wir freuen uns daher sehr, dass wir Ihnen mit dieser **in Zusammenarbeit zwischen der Stadtverwaltung Elzach und dem Beirat für Senioren und Behinderte der Stadt Elzach** entworfenen und gestalteten Vorsorgemappe einen informativen Handlungsleitfaden für Ihre Angehörigen, Freunde, Nachbarn und Bekannte an die Hand geben können. Mit der Mappe können diese im Falle des Falles in Ihrem Sinne handeln. Füllen Sie die Vorsorgemappe in aller Ruhe aus. Sie können hier viele persönliche Daten eintragen sowie medizinische Angaben machen. Die Mappe heften Sie am besten in Ihrem persönlichen Ordner ab und fügen weitere wichtige Unterlagen hinzu.

Umfassend vorgesorgt haben Sie dann, wenn Sie eine Vorsorgevollmacht oder zumindest eine Betreuungs- sowie eine Patientenverfügung ausgefüllt haben. Damit Ihre Angehörigen in einem Notfall, bei einem Unfall oder bei Krankheit in Ihrem Sinne reagieren können, ist es wichtig, diese darüber zu informieren, wo Sie die Vorsorgemappe aufbewahren. Machen Sie Ihre Angehörigen, Ihre Freunde, Nachbarn und Bekannten sowie vor allem auch jüngere Menschen auf diese Vorsorgemöglichkeit aufmerksam und sprechen Sie mit ihnen über die Mappe. Die Vorsorgemappe ist im Rathaus Elzach und den Ortsverwaltungen kostenfrei erhältlich und steht im Internet auf der Startseite der Homepage der Stadt Elzach unter Downloads zum Herunterladen bereit. Bei Fragen können Sie sich gerne im Rathaus beraten lassen.

Wir hoffen sehr, dass Ihnen die ausgefüllte Vorsorgemappe ein gutes Gefühl darin verschafft, wichtige Dinge für den Notfall übersichtlich geregelt zu haben.

**Ihr Beirat für Senioren und Behinderte
der Stadt Elzach**

Die Stadt Elzach empfiehlt diese Mappe allen Personen über 18 Jahren. Sie kann auch im Internet unter www.elzach.de kostenlos heruntergeladen werden.

Weitere Informationen erhalten Sie von **Hauptamtsleiter Christoph Croin**

Telefon: 07682/804-20

E-Mail: christoph.croin@elzach.de

Informationen zu rechtlicher Betreuung nach BGB, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen erhalten Sie von der

Betreuungsbehörde des Landratsamtes Emmendingen

Markgrafenstraße 8, 79312 Emmendingen, Tel.: 07641/451-3093 und dem

Betreuungsverein im Sozialdienst kath. Frauen e.V. Waldkirch

Marktplatz 21, 79183 Waldkirch, Tel.: 07681/474539-0

Impressum:

Herausgeber:

Stadt Elzach

in Zusammenarbeit mit dem Beirat für
Senioren und Behinderte der Stadt
Elzach

Redaktion: Bürgermeister Roland Tibi

Stand der 2. Auflage: November 2018

Bitte beachten Sie, dass mögliche gesetzliche Änderungen in Bezug auf den Inhalt dieser Mappe zu beachten sind und dass man regelmäßig die Mappe überprüfen und auf den aktuellen Stand bringen sollte.

Inhaltsverzeichnis

A	
Ärzte (Hausarzt und Fachärzte).....	11
Ärztliche Behandlungen – ambulant / stationär.....	13
Allergien.....	12
Altersversorgung.....	14
Anlagen / Ergänzungen.....	23
Apotheke.....	11
Auslandskrankenversicherung.....	15
B	
Bankvollmacht.....	18
Bausparverträge.....	14
Behinderungsstufe.....	13
Benachrichtigung im Notfall.....	10
Benachrichtigung im Todesfall.....	21
Bestattungsvorgaben.....	20
Betreuungsdienste.....	7
Betreuungsverfügung.....	29 + 30
Betriebsrente.....	14
Broschüre Kreis-Senioren-Post.....	32
E	
Erbvertrag.....	19
I	
Impfungen.....	11
K	
Krankenkasse gesetzlich und / oder privat.....	16
M	
Medikamentennachweis.....	12
Merkblatt über die rechtliche Vorsorge (Vorsorgeformulare).....	24
N	
Nachlassregelungen.....	19
Notfalldaten.....	9
O	
Organspendeausweis.....	34
P	
Patientenverfügung.....	18 + 31
Persönliche Daten.....	7
Pflegestufe.....	13
Postvollmacht.....	18
Private Rente.....	14
R	
Rente und Beamtenversorgung.....	14
Rettungsdienste.....	8

S	
Schlüsselverwahrung.....	7
T	
Testament - Aufbewahrung.....	19
V	
Versicherungen.....	14 – 17
Vorsorge.....	18
Vorsorgehinweis.....	24
Vorsorgevollmacht.....	24 – 28
W	
Was ist nach dem Todesfall zu erledigen?.....	22
Wichtige Rufnummern.....	8
Wohnungseigentümer.....	7

Persönliche Daten

Name: Vorname:
Geburtsname: Geburtsort:
Staatsangehörigkeit: Familienstand:
Nummer Personalausweis und Reisepass:
Blutgruppe: Ich wohne in PLZ / Ort
Straße:
Telefonnummer: Mobiltelefon:
E-Mail-Adresse:

Betreuungsdienste / Hilfsdienste

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

Schlüsselverwahrung

Hausschlüssel Wohnungsschlüssel

Name: Vorname:
Straße / Hausnummer:
PLZ / Ort:
Telefonnummer: Mobiltelefon:
E-Mail-Adresse:

Wohnungseigentümer

Ich wohne in meiner eigenen Wohnung / meinem eigenen Haus
 Ich wohne in einer Mietwohnung. Mein Vermieter ist:

Name / Vorname: Straße:
PLZ / Ort: Telefon:
Mobiltelefonnummer:

Wichtige Telefonnummern

POLIZEI – Notruf	110
FEUERWEHR – Notruf	112
RETTUNGSDIENST – Notruf.....	112
GIFTNOTRUF Freiburg.....	0761/19240
Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst.....	01805/19292-320
Kassenzahnärztlicher Notdienst.....	01803/222555-70
Apothekennotdienst.....	Veröff. im Mitteilungsblatt
Mein Hausarzt .....	.....
Mein Zahnarzt.....	.....
Die örtliche Apotheke.....	.....
Mein Pflegedienst.....	.....
Mein zuständiges Pfarramt.....	.....
Bestattungsinstitut.....	.....
Stadt- / Gemeindeverwaltung.....	.....
Wichtiger Angehöriger.....	.....
Vertrauter / Nachbar.....	.....
Bevollmächtigter.....	.....

DEUTSCHES ROTES KREUZ		
DRK-Ortsverein Elzach e.V. Telferstraße 1a 79215 Elzach E-Mail: info@drk-elzach.de Homepage: www.drk-elzach.de	DRK-Ortsverein Prechtal e.V. Schrahöfe 8 a 79215 Elzach E-Mail: drk-prechtal@web.de Homepage: www.drk-prechtal.de	DRK-Ortsverein Oberprechtal e.V., Waldkircher Str. 8 79215 Elzach E-Mail: kharmbruster@web.de Homepage:

Notfalldaten

Die hier erhobenen Daten sind wichtig bei einem stationären Klinikaufenthalt und sind möglichst auf dem neuesten Stand zu halten. Eine ausgefüllte Kopie kann auch bei einer Urlaubsreise sehr nützlich sein.

Name: Vorname:

Geburtsname: Geburtsdatum- und Ort:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer: Mobiltelefon:

Geschlecht: männlich weiblich Staatsangehörigkeit:.....

Familienstand:..... Konfession:.....

Krankenkasse / Versicherung:.....

Behinderungen:.....

Herzschrittmacher: ja nein Blutverdünnungsmittel:.....

Diabetiker: ja nein

Medikamentenplan bitte beilegen!

Impfungen (z.B. Tetanus).....

Allergien:..... Diät:.....

Pflegestufe:..... Pflegedienst:.....

Bekannte Infektionen (z.B. MRSA, Hepatitis Typ ...).....

Hausarzt:..... Adresse:.....

Arbeitgeber:..... Adresse:.....

Darf in der Klinik Auskunft über die Zimmer- und Telefonnummer erteilt werden?

ja nein An wen darf Auskunft erteilt werden?.....

Patientenverfügung: ja nein Vorsorgevollmacht: ja nein

Nächster Angehöriger / Vertrauensperson:

Name:..... Vorname:..... Telefon:.....

Bezug zum Patienten.....

Ort /Datum / Unterschrift:

Angehörige, die im Notfall zu verständigen sind:

Ehe- / Lebenspartner

Name: Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ / Wohnort: Telefonnummer:.....

Mobiltelefonnummer:..... E-Mail:.....

Name: Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ / Wohnort: Telefonnummer:.....

Mobiltelefonnummer:..... E-Mail:.....

Name: Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ / Wohnort: Telefonnummer:.....

Mobiltelefonnummer:..... E-Mail:.....

Name: Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ / Wohnort: Telefonnummer:.....

Mobiltelefonnummer:..... E-Mail:.....

Name: Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ / Wohnort: Telefonnummer:.....

Mobiltelefonnummer:..... E-Mail:.....

Gesundheitswesen

Ärzte

Hausarzt:..... Telefon / Fax:.....

Adresse:.....

Facharzt:..... Telefon / Fax:.....

Adresse:.....

Facharzt:..... Telefon / Fax:.....

Adresse:.....

Klinik (Wunsch)

Name:..... Telefon / Fax:.....

Adresse:.....

Name:..... Telefon / Fax:.....

Adresse:.....

Apotheke

Name:..... Telefon / Fax:.....

Adresse:.....

Ich bin von der Rezeptzahlung befreit ja nein privat

Impfungen

Impfbuch vorhanden ja nein

Durchgeführte Impfungen laut angefügtem Nachweis:

Zeckenschutz durchgeführt ja nein

Organspende:

Organspendeausweis vorhanden: ja nein

Hinweis: Ein Organspendeausweis zum Ausschneiden befindet sich in der Anlage dieses Ordners

Gesundheitswesen

Allergien:

Allergiepass vorhanden: ja nein

Bekannte Allergien:

.....
.....

Besondere Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe aus Medikamenten:

.....
.....

Anästhesie / Narkose: Besondere Probleme bei der Verbereitung von Narkosemitteln:

.....
.....

Chronische Krankheiten:

.....
.....

Medikamentennachweis

Name des Medikaments

Einnahmezeit

morgens

mittags

abends

nachts

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends	nachts
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wichtige ärztliche Behandlungen – ambulant:

Datum von..... bis..... behandelnder Arzt Grund der Behandlung (Diagnose)

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

Klinische Behandlungen – stationär:

Datum von..... bis..... Krankenhaus Grund der Behandlung (Diagnose)

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

Behinderungsstufe

Grad der Behinderung:..... %

Merkzeichen:..... Wertmarke: ja nein

Pflegestufe

eins zwei drei Demenz

Versicherungen

Deutsche Rentenversicherung – Bund

Adresse der Versicherungsanstalt:.....

Telefonnummer: Fax:

Versicherungsnummer / Kennzeichen:.....

Versicherungsnummer Ehe- / Lebenspartner:.....

Beamtenversorgung – Bund/Land

Adresse der Versicherungsanstalt:.....

Telefonnummer: Fax:

Vers.Nummer / Pers.Nr. / Beihilfe Nr.:.....

Versicherungsnummer Ehe- / Lebenspartner:.....

Private Renten- oder Betriebsrentenansprüche (z.B. Riester u.a.)

Name:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Versicherungsnummer Ehe- / Lebenspartner:.....

Name:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Versicherungsnummer Ehe- / Lebenspartner:.....

Bausparverträge

Bausparkasse.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Vertragsnummer:.....

siehe auch eigene Unterlagen / Ordner

Versicherungen

Auslandskrankenversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Feuer- / Gebäudeversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Glasversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Hausratversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Kfz.-Versicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:..... Kfz.-Kennzeichen.....

Vollkasko Teilkasko Höhe Selbstbeteiligung:.....Euro

Versicherungen

Kfz.-Versicherung (Zweitfahrzeug)

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:..... Kfz.-Kennzeichen.....

Vollkasko Teilkasko Höhe Selbstbeteiligung:.....Euro

Krankenkasse

gesetzlich PRIVAT

Krankenkasse.....

Adresse:.....

Telefon und Faxnummer:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Lebensversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon und Faxnummer:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon und Faxnummer:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Pflegeversicherung

gesetzlich PRIVAT

Krankenkasse:.....

Adresse:.....

Telefon und Faxnummer:..... E-Mail:.....

Versicherungen

Private (Zusatz-)Krankenversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Private (Zusatz-)Krankenversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Sterbegeldversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Unfallversicherung

Versicherungsträger:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax:..... E-Mail:.....

Versicherungsnummer:.....

Vorsorge

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht wurde erteilt: nein ja, an

Name:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax / E-Mail:.....

Die Vorsorgevollmacht ist im Anhang beigefügt.

Sonstiger Hinterlegungsort:.....

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung ausgefüllt: nein ja, an

Die Patientenverfügung ist im Anhang beigefügt.

Sonstiger Hinterlegungsort:.....

Postvollmacht

Eine Postvollmacht wurde erteilt und ausgefüllt: nein ja, an

Name:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax / E-Mail:.....

Die Postvollmacht ist im Anhang beigefügt.

Sonstiger Hinterlegungsort:.....

Bankvollmacht

Eine Bankvollmacht wurde erteilt und ausgefüllt: nein ja, an

Name:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax / E-Mail:.....

Die Bankvollmacht ist im Anhang beigefügt.

Sonstiger Hinterlegungsort:.....

Nachlassregelungen

Handschriftliches Testament

Ich habe meinen letzten Willen handschriftlich abgefasst: nein ja

Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat

Name:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax / E-Mail:.....

Hinterlegungsort:.....

Notarielles Testament

Ich habe meinen letzten Willen notariell beurkunden lassen: nein ja

Name des Notars:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax / E-Mail:.....

Hinterlegungsort:.....

Erbvertrag

Ich habe einen Erbvertrag abgeschlossen: nein ja

Kenntnis vom Bestehen des Erbvertrags hat

Name:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax / E-Mail:.....

Hinterlegungsort:.....

Vermächtnis / Zuordnung bestimmter Erbstücke (lt. Testament)

Ich habe in meinem Testament ein Vermächtnis angeordnet: nein ja

Bestattungsvorgaben

Bestattungsvertrag

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen: nein ja

Art der Bestattung

- Erdbestattung Seebestattung Feuerbestattung
 Anonyme Bestattung Bestattung in einem Friedwald

Bestattungsort / Friedhof

- Eine Grabstätte ist bereits vorhanden, Grabnummer.....
 Ich möchte beigesetzt werden, Name / Grabnummer.....
 Ich wünsche Bestattung auf dem Friedhof.....
 Ich wünsche eine normale übliche Bestattung ohne Ausnahmen
 Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunde
 Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen

Bestattungsinstitut

Name:.....

Adresse:.....

Telefon / Fax / E-Mail:.....

Benachrichtigungen

Im Todesfall zu benachrichtigende Angehörige, Verwandte, Freunde

Name: **Vorname:**

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer: **Mobiltelefon:**

Name: **Vorname:**

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer: **Mobiltelefon:**

Name: **Vorname:**

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer: **Mobiltelefon:**

Name: **Vorname:**

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer: **Mobiltelefon:**

Name: **Vorname:**

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer: **Mobiltelefon:**

Name: **Vorname:**

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer: **Mobiltelefon:**

Was ist nach einem Todesfall zu erledigen?

	Telefon	Datum	erledigt
1. Totenschein vom (Unfall-) Arzt oder Krankenhaus	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. Bestattungsunternehmen beauftragen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. Beerdigungstermine festlegen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. Kirchengemeinde verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach beantragen)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6. Traueranzeigen in Zeitungen in Auftrag geben	_____	_____	<input type="checkbox"/>
7. Trauerkarten bestellen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
8. Krankenkasse/Rentenversicherungsträger informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>
9. Arbeitgeber verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
10. Landesamt für Besoldung verständigen (bei Beamten)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
11. Rentenversicherungsträger verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
12. Versorgungsamt verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
13. Vereine benachrichtigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
14. Sonderurlaub beim eigenen Arbeitgeber beantragen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
15. Testament an Notar oder Nachlassgericht übergeben	_____	_____	<input type="checkbox"/>
16. Finanzamt verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
17. Lebens-/Sterbegeldversicherung verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
18. Gewerkschaft verständigen (evtl. Sterbegeldversicherung)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
19. Versicherungen verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
20. Zusatzversicherungen verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
21. Eventuell finanzielle Angelegenheiten klären	_____	_____	<input type="checkbox"/>
22. Mitgliedschaften kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
23. Radio, TV und Telefon abmelden bzw. umschreiben	_____	_____	<input type="checkbox"/>
24. Mietwohnung, Garage u.a. kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
25. Eventuell Nachmieter suchen (Zeitungsanzeige)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
26. Wohnungsauflösung vorbereiten (evtl. durch Entrümpler)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
27. Energieverbrauchswerte (Strom/Gas/Wasser) ablesen lassen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
28. Abfallentsorgung kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
29. Abonnements (Zeitung/Zeitschriften) kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
30. Kraftfahrzeug abmelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
31. Hilfsdienste/Betreuungsdienste abmelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
32. „Essen auf Rädern“ abmelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
33.	_____	_____	<input type="checkbox"/>
34. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Bestattungsunternehmen erledigen gegen Bezahlung viele dieser Dinge nach Ihren Weisungen!

Denken Sie auch an Trauerkleidung, Trauerfeier und die Unterbringung auswärtiger Trauergäste.

Anlagen

Zur Ergänzung der Vorsorgemappe können Sie weitere wichtige Schriftstücke und Angaben einbringen, wie zum Beispiel

- Geburtsurkunde / Stammbuch
- Bankinstitut
- Grundbesitz
- Verbindlichkeiten
- Vermögensaufstellung
- Vorsorgevollmacht mit Regelungen der Versorgungsangelegenheiten (z.B. Rente, Pension, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht u.a.)

- Wichtige Daten vom (Ehe-)Partner
- Anlassbezogene Verfügungen oder Vollmachten (z.B. Gesundheitsvollmacht im Einzelfall u.a.)

- Notarielle Vollmachten

- (Letzter) Rentenversicherungsbescheid

- Mitgliedschaften und bestehende Verträge (unter anderem bei Vereinen)

Merkblatt über die rechtliche Vorsorge

In jeder Altersstufe kann es vorkommen, dass Sie durch einen Unfall, eine Erkrankung, durch einen Schlaganfall oder Demenz nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen oder diese verständlich zu äußern.

Sie sollten schriftlich festlegen, wer in einem solchen Fall für Sie Entscheidungen treffen darf. **Tun Sie dies nicht, können Sie weder von Ihrem Ehepartner, noch von Ihren Kindern, dem Lebenspartner oder den Verwandten wirksam vertreten werden.**

Fall Sie nichts schriftlich in einer Vollmacht oder Verfügung festgelegt haben, wird das Betreuungsgericht einen Betreuer bestimmen – das kann zwar jemand aus der Familie, aber auch ein ganz fremder Mensch sein.

Sorgen Sie vor, so lange Sie es noch können!

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht ermöglicht Ihnen ein großes Maß an Selbstbestimmung.

- Sie benennen eine oder mehrere Personen als Bevollmächtigte.
- Sie können viele Einzelheiten bezüglich Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Vermögenssorge, Gesundheitsvorsorge, Vertretung vor Gericht und vieles andere festlegen.
- Den Hinweis auf die Vorsorgevollmacht finden Sie im Anhang dieser Mappe.

Bitte beachten Sie:

- Sie sollten sich vor Abfassung mit Familienangehörigen und/oder Vertrauenspersonen beraten.
- Sie sollten das Formular nach Möglichkeit im Beisein der von Ihnen ausgesuchten Personen ausfüllen, damit Sie mit den Bevollmächtigten einzelne Punkte besprechen und Unklarheiten beseitigen können.
- Sie können die Unterschrift dieser Vollmacht bei der Betreuungsbehörde im Landratsamt Emmendingen (Tel.: 07641/451-3093) beglaubigen lassen.
- Wenn Sie Grundvermögen (z.B. Haus, Grundstück oder Eigentumswohnung) besitzen, ist es ratsam, die Beglaubigung durch einen Notar oder die Betreuungsbehörde im Landratsamt vornehmen zu lassen (Bei Beglaubigung erst bei der Behörde oder dem Notar unterschreiben!).
- Eine notarielle Beurkundung ist sinnvoll, wenn Sie ein Handelsgewerbe betreiben oder Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft sind.
- Durch eine Beglaubigung bzw. Beurkundung können Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmacht leichter vermieden werden.
- Bewahren Sie das Originalformular bei sich auf; nur mit dem Original ist man befugt zu handeln.

Sie können sich auch gerne an den Notar Ihres Vertrauens wenden.

Weitere Informationen zur Vorsorgevollmacht finden Sie im Internet unter www.justiz-bw.de oder www.bmj.de.

Merkblatt über die rechtliche Vorsorge

Betreuungsverfügung

- Mit einer Betreuungsverfügung legen Sie selbst fest, welche Person vom Betreuungsgericht zu Ihrem Betreuer bestimmt werden soll (Sie können auch mehrere Personen vorschlagen bzw. festlegen, wer auf keinen Fall als Betreuer bestimmt werden soll).
- Sie können Wünsche bezüglich der Verwaltung Ihres Vermögens festhalten.
- Sie können Ihre Vorstellungen zu Ihrer pflegerischen Versorgung festhalten.
- Sie können auch weitere Wünsche und Vorstellungen aufschreiben.

Es ist sinnvoll, die Betreuungsverfügung bei Ihrem zuständigen Amtsgericht zu hinterlegen.

Die Broschüre „Betreuungsrecht“ des Bundesministeriums für Justiz können Sie kostenlos anfordern beim

*Bundesministerium der Justiz
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
11015 Berlin*

Merkblatt über die rechtliche Vorsorge

Patientenverfügung

- In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit festlegen, wie Sie in einer bestimmten Situation ärztlich behandelt werden möchten.
- Auf diese Weise können Sie Einfluss auf eine spätere ärztliche Behandlung nehmen und damit Ihr Selbstbestimmungsrecht wahren.
- Eine Patientenverfügung ist im Notfall eine große Hilfe für Ihre Angehörigen und die Ärzte.

Weitere Informationen sowie eine ausführliche Broschüre mit einem Formular für die Patientenverfügung (Textbausteine) können Sie kostenlos anfordern beim

*Bundesministerium der Justiz
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
11015 Berlin*

Broschüre „Kreis-Senioren-Post“

Zeitung für die ältere Generation im Landkreis

Herausgeber:

Kreisseniorerrat und Landkreis Emmendingen

I N H A B E R	Name:.....	K O N T A K T P E R S O N	Name:.....
	Vorname:.....		Vorname:.....
	Geburtsdatum:.....		Straße:.....
	Straße:.....		PLZ / Ort:.....
	PLZ /Ort:.....		Telefon:.....
	Telefon:.....		Mobiltelefon:.....
	Datum:.....		
Unterschrift			
<p>Ich habe folgende Vorsorgedokumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Notfalldaten <input type="radio"/> Patientenverfügung <input type="radio"/> Betreuungsverfügung <input type="radio"/> Vorsorgevollmacht <input type="radio"/> Orangspendenausweis <p><input type="checkbox"/> Die Dokumente sind bei mir zu Hause</p> <p><input type="checkbox"/> Die Dokumente sind bei der Kontaktperson</p> <p><input type="checkbox"/> bei.....</p>		<p>Vorsorge- hinweis</p>	

Bitte ausschneiden

und hier falten

Haben Sie schon einmal über eine Organspende nachgedacht?

Wenn Sie sich dazu entschlossen haben, ein Organspender nach dem § 2 des Transplantationsgesetzes zu sein, füllen Sie bitte den unten abgedruckten Organspendeausweis aus, schneiden ihn aus und bewahren Sie ihn in Ihrem Geldbeutel oder dort auf, wo Sie auch Ihren Personalausweis haben.

Erklärung zur Organ- und Gewebespende	Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:		
	<input type="radio"/>	JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.	
	oder <input type="radio"/>	JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:	
	oder <input type="radio"/>	JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:	
	oder <input type="radio"/>	NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.	
	oder <input type="radio"/>	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.		