



# NOTFALL- und VORSORGE MAPPE



von \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

Senioren von heute sind oft noch aktiv und engagieren sich ehrenamtlich zum Wohle unserer Gesellschaft. Aber für Senioren ist es auch wichtig und richtig, für sich selber gut vorzusorgen.



Deshalb möchte ich Ihnen mit der Notfall- und Vorsorgemappe des Landkreises Freyung-Grafenau, welche in Zusammenarbeit mit der Kliniken Am Goldenen Steig gGmbH erstellt wurde, eine Hilfe zur Vorsorge für Alter und Krankheit an die Hand geben.

Jeder von uns kann plötzlich durch Unfall oder Krankheit, aber auch aufgrund des fortgeschrittenen Alters auf fremde Hilfe angewiesen sein.

Gerade wenn der eigene Wille vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr zum Ausdruck gebracht werden kann, ist es hilfreich, auf niedergeschriebene Vorgaben, Wünsche und Angaben zur eigenen Person zurückgreifen zu können.

Machen Sie von unserem Angebot Gebrauch, nehmen Sie sich Zeit und füllen all das aus, was für Sie wichtig ist. Ganz entscheidend ist auch, die Einträge in der Mappe regelmäßig zu überprüfen und ggf. zu erneuern bzw. zu ergänzen. Bewahren Sie Ihre Notfall- und Vorsorgemappe leicht erreichbar auf und informieren Sie Ihre Vertrauenspersonen über diese Mappe.

Eines möchte ich Ihnen allen besonders ans Herz legen: Für eine Notfall- und Vorsorgemappe ist man nie zu jung!

In diesem Sinne hoffe ich, die Mappe gibt Ihnen das gute Gefühl, ein paar wichtige Dinge in Ihrem Sinne geregelt zu haben.

Ich wünsche Ihnen für Ihren weiteren Lebensweg alles Gute und viele gesunde Jahre, ohne Gebrauch der Notfallmappe.

Herzlichst

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sebastian Gruber', written in a cursive style.

Sebastian Gruber  
Landrat

Die Notfallmappe wurde ausgefüllt am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

1. Aktualisierung am:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### WICHTIGE TELEFONNUMMERN

<b>Polizei</b>	<b>110</b>
<b>Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt</b>	<b>112</b>
<b>Ärztlicher Bereitschaftsdienst</b>	<b>116 117</b>
Hausarzt	_____
Kontaktperson im Notfall	_____
Auskunft Apothekennotdienst	0800/0022833
Giftnotruf	089/19 240 oder 0911/3 98 24 51
Telefonseelsorge	0800/111 0 111 oder 111 0 122
Stadt-/Gemeindeverwaltung	_____
Pfarramt	_____
Ambulanter Pflegedienst	_____
EC-Kartensperrung	116 116
Derzeitiger Stromversorger, Notdienst	_____
Derzeitiger Gasversorger, Notdienst	_____
_____	_____
_____	_____

### Als Hilfestellung für einen Notruf (Polizei 110/Notruf 112) gelten die 6 W-Fragen:

- **Wo** ist etwas geschehen?
- **Wer** ruft an?
- **Was** ist geschehen?
- **Wie** viele Personen sind betroffen?
- **Welche** Art der Erkrankung/Verletzung liegt vor?
- **Warten** auf Rückfragen

## Inhaltsverzeichnis

PERSÖNLICHE DATEN .....	4 - 5
IM MEDIZINISCHEN NOTFALL .....	6
<b>NOTFALL-/NOTARZTBLATT .....</b>	<b>6 - 7</b>
WEITERE MEDIZINISCHE DATEN.....	8 - 9
VORSORGE UND FINANZEN .....	10 - 20
AM ENDE DES WEGES.....	21 - 23
VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGSVERFÜGUNG UND PATIENTENVERFÜGUNG .....	26 - 43
VERZEICHNIS DER ERTEILTEN VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN .....	44

### Weitere Informationen

- Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz ([www.bmju.de](http://www.bmju.de))
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz ([www.justiz.bayern.de/service](http://www.justiz.bayern.de/service))
- Landesnotarkammer Bayern ([www.notare.bayern.de](http://www.notare.bayern.de))
- Zentrales Vorsorgeregister ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de))
- Bundesministerium für Gesundheit ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de))
- Bundesärztekammer ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de))
- Betreuungsstelle am Landratsamt Freyung-Grafenau  
Grafenauer Straße 44, 94078 Freyung, Tel: 08551/57-158 oder 57-146  
([www.freyung-grafenau.de/Gesundheit-und-Soziales/Soziales](http://www.freyung-grafenau.de/Gesundheit-und-Soziales/Soziales))
- Sprechen Sie auch die/den Seniorenbeauftragte/n Ihrer Gemeinde an.  
Kontaktdaten erhalten Sie im jeweiligen Rathaus.

### Hinweis:

Das Landratsamt Freyung-Grafenau übernimmt keine Haftung für den Inhalt externer Internetseiten.

## PERSÖNLICHE DATEN

---

Vorname, Name

---

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

---

Telefonnummer

Handy

E-Mail

---

Konfession/Kirchengemeinde

---

Familienstand (wenn verwitwet: Sterbedatum des Ehegatten)

---

Ehegatte: Vorname, Name, evtl. früherer Name des Ehegatten

---

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde/des Stammbuches

---

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils/der Sterbeurkunde

### **Meine persönliche/n Bezugsperson/en (im Notfall zu benachrichtigen)**

---

Vorname, Name (Erster Ansprechpartner bei einem Notfall)

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

---

Telefonnummer, Handy

---

Vorname, Name (Zweiter Ansprechpartner bei einem Notfall)

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

---

Telefonnummer, Handy

---

Vorname, Name (bei Bedarf rechtliche Betreuungsperson)

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

---

Telefonnummer, Handy

## Mein Hausnotruf

---

Anbieter

---

Telefonnummer

### Was im Notfall zu beachten ist

---

Personen, die für mein/e Wohnung/Haus/sonstige/n Räume einen Schlüssel besitzen

---

Vorname, Name

---

Anschrift

Telefon

### Weiteres (evtl. Haustiere, die zu betreuen wären)

---

---

---

### Persönliche Anmerkungen - Was für mich besonders wichtig ist

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## IM MEDIZINISCHEN NOTFALL

**Notfall-/Notarztblatt** (Bitte auch Rückseite beachten!)

Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich \_\_\_\_\_

Pflegegrad ja  nein  beantragt am \_\_\_\_\_

ab 01.01.2017 Pflegegrad  1  2  3  4  5

Ich lebe allein in der Wohnung ja  nein

\_\_\_\_\_  
Name und Telefonnummer des Lebenspartners

Name Hausarzt \_\_\_\_\_

Grunderkrankungen / Diagnosen / Allergien (mit Hilfe des Hausarztes ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
Blutgruppe \_\_\_\_\_

Blutgerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Zahnprothese/Implantat	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Port	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Diabetiker	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Allergie	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Dialysepatient	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Ansteckende Krankheiten z. B.				
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
TBC	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Medikamentenplan	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Impfausweis	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Organspendeausweis	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

### **Hinweis:**

Bitte nehmen Sie Ihre Ausweise (z. B. Markumarpass, Impfausweis, Schrittmacherpass etc.) und evtl. Ihren Medikamentenplan und bewahren Sie diese in der Nähe der Notfallmappe, oder besser noch **in** der Notfallmappe auf; am besten in einer Klarsichthülle mit all Ihren anderen medizinischen Dokumenten, damit im Notfall diese wichtigen Unterlagen für die Helfer griffbereit sind. Auch Ihre Versichertenkarte sollte in der Nähe der Notfallmappe aufbewahrt werden.

Anfallsleiden ja  nein

Nähere Beschreibung \_\_\_\_\_

Sind Sie geimpft? ja  nein  Impfausweis vorhanden ja  nein

Impfausweis befindet sich \_\_\_\_\_

Allergien ja  nein  Allergiepass vorhanden ja  nein

Allergiepass befindet sich \_\_\_\_\_

Diabetes ja  nein  Typ \_\_\_\_\_

Insulin ja  nein

Tabletten ja  nein  welche \_\_\_\_\_

Ausweis vorhanden ja  nein

Pass befindet sich \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung ja  nein

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Ausweis gilt bis \_\_\_\_\_

Implantate ja  nein

\_\_\_\_\_  
Art des Implantats (z. B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)

Transplantationen ja  nein

\_\_\_\_\_  
Zeitpunkt und Art der Transplantation

Organspendeausweis ja  nein

Ausweis befindet sich \_\_\_\_\_

Sonstiges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hinweis:** Alle Ihre ärztlichen Ausweise sollten in der Notfallmappe aufbewahrt werden!



## WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer

### Weitere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer

---

Fachrichtung-/in Behandlung wegen

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer

---

Fachrichtung/in Behandlung wegen

### Zahnarzt

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer

### Therapiestelle (z. B. Psychotherapie)

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Telefonnummer

### Meine Apotheke

---

Name der Apotheke, Anschrift

### Checkliste Krankenhausaufenthalt

Muss es schnell gehen, wenn ein Krankenhausaufenthalt ansteht, vergisst man leicht etwas. Orientieren Sie sich deshalb an der nachfolgenden Checkliste, was Sie bei einem Krankenhausaufenthalt in der Regel benötigen.

Artikel	eingepackt
Krankenversichertenkarte	<input type="checkbox"/>
Personalausweis	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Überweisung (wenn vorhanden)	<input type="checkbox"/>
Ärztlicher Krankentransportschein (wenn vorhanden)	<input type="checkbox"/>
Medikamente oder Medikamenteneinnahmeplan	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bescheinigungen (z. B. Ausweis blutverdünnender Mittel)	<input type="checkbox"/>
Jacke	<input type="checkbox"/>
Hose	<input type="checkbox"/>
Hemd	<input type="checkbox"/>
Kleid	<input type="checkbox"/>
Unterwäsche	<input type="checkbox"/>
Socken/Strümpfe/Strumpfhosen	<input type="checkbox"/>
Straßenschuhe	<input type="checkbox"/>
Hausschuhe	<input type="checkbox"/>
Jogginganzug/Hausanzug	<input type="checkbox"/>
Handtücher (2-fach)	<input type="checkbox"/>
Waschlappen (2-fach)	<input type="checkbox"/>
Taschentücher	<input type="checkbox"/>
Bargeld (max. 20 €, Achtung - Diebstahlgefahr!)	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl oder Gehhilfen	<input type="checkbox"/>
Brille(n)/Kontaktlinsen (und Pflegemittel)	<input type="checkbox"/>
Gebiss (und Pflegemittel)	<input type="checkbox"/>
Seife/Körperpflegemittel	<input type="checkbox"/>
Kosmetikartikel	<input type="checkbox"/>
Rasierzeug	<input type="checkbox"/>
Ersatzschlüssel (Wohnung/PKW, Achtung - Diebstahlgefahr!)	<input type="checkbox"/>
Telefonliste/Adressbuch	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

## VORSORGE UND FINANZEN

### Meine Versicherungen

#### (Gesetzliche) Krankenversicherung

Name der Versicherung

---

Versicherungsnummer

---

#### Beihilfestelle (Beamte)

Name der Beihilfestelle

---

Personalnummer

---

#### (Gesetzliche) Pflegeversicherung

Name der Versicherung

---

Versicherungsnummer

---

Pflegestufe

---

#### Lebensversicherung

Name der Versicherung

---

Örtlich zuständiger Vertreter

---

Anschrift und Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

---

#### Unfallversicherung

Name der Versicherung

---

Örtlich zuständiger Vertreter

---

Anschrift und Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

---

Sterbeversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Hausratversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Brandversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Wohngebäudeversicherung/Elementarversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

KFZ-Versicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Weitere Versicherung \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Weitere Versicherung \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Weitere Versicherung \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

## Erwerbstätigkeit

Steuernummer \_\_\_\_\_

Steueridentifikationsnummer \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Erwerbstätig ja  nein

### Als Arbeitnehmer(in)/Beamter(in)

Bei (Arbeitsstelle) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Als Selbständige(r)

Art der Selbständigkeit \_\_\_\_\_

Anschrift Firma \_\_\_\_\_

Handelsregister \_\_\_\_\_

Zuständiges Finanzamt \_\_\_\_\_

Weitere Angaben \_\_\_\_\_

### Nebentätigkeit

Bei (Arbeitsstelle) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Beschreibung \_\_\_\_\_

## Rente

Rente/Pension

ja  nein

### Gesetzliche Versicherung

Rentenversicherungsträger

Anschrift

---

Telefon

---

Versicherungsnummer

---

### Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde

Anschrift

---

Telefon

---

Personalkennziffer

---

### Betriebsrente/Zusatzversorgung

Versicherungsgesellschaft

Anschrift

---

Telefon

---

Versicherungsnummer

---

### Berufsständische Versorgung

Versorgungskammer

---

Anschrift

---

Telefon

---

Aktenzeichen

---

Witwen-/Witwerrente

Rentenversicherungsträger

---

Anschrift

---

Telefon

---

Versicherungsnummer

---

Riesterrente/Rürup-Rente

Versicherungsgesellschaft

---

Anschrift

---

Telefon

---

Versicherungsnummer

---

Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter

Behörde

---

Anschrift

---

Telefon

---

Aktenzeichen

---

Sonstige Leistungen aus Verträgen

Leistung von

---

Vertrag vom

---

Art der Leistung

---

Versicherungsnummer

---



## Vermögensaufstellung

### Grund- und Immobilieneigentum

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/Miteigentümer

### Sonstige Sachwerte (Auto, Motorrad, Sammlungen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Konten

Girokontonummer/IBAN \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

außer mir ist verfügungsberechtigt \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus für \_\_\_\_\_

Girokontonummer/IBAN \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

außer mir ist verfügungsberechtigt \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus für \_\_\_\_\_

### Sparkonten

Sparbuch/Kontonummer/IBAN \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

außer mir ist verfügungsberechtigt \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus für \_\_\_\_\_

Sparbuch/Kontonummer/IBAN \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

außer mir ist verfügungsberechtigt \_\_\_\_\_

Vollmacht über den Tod hinaus für \_\_\_\_\_

### Weitere Konten

Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr./IBAN \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr./IBAN \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr./IBAN \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

Bausparvertrag

bei \_\_\_\_\_

Vertrag-Nr. \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_

Vertrag-Nr. \_\_\_\_\_

Kreditkarten

von \_\_\_\_\_

Kartenummer \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_

Kartenummer \_\_\_\_\_

Sonstiges (Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verbindlichkeiten

\_\_\_\_\_ Darlehensgeber, Darlehensbetrag

\_\_\_\_\_ Darlehensgeber, Darlehensbetrag

\_\_\_\_\_ Darlehensgeber, Darlehensbetrag

Weitere Angaben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bestehende Verträge** (z. B. für Miete, Strom, Gas, Telefon, Internet usw.)

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Bestehende Abonnements** (z. B. für Zeitung, Zeitschriften, Bücher usw.)

Abonnement für \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Abo-Nummer/Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Abonnement für \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Abo-Nummer/Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Abonnement für \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Abo-Nummer/Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Mitgliedschaften** (z. B. in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.)

Mitglied bei \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift, Telefonnummer \_\_\_\_\_

Ehrenamtliche Funktion als \_\_\_\_\_

Mitglied bei \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift, Telefonnummer \_\_\_\_\_

Ehrenamtliche Funktion als \_\_\_\_\_

## AM ENDE DES WEGES

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen.

Diese Hinweise sollen Ihnen helfen, folgende Aufgaben zu erledigen:

- Bei Todesfällen zu Hause, innerhalb von vier Stunden den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen
- Ist dieser nicht zu erreichen, Notrufnummer 112 anrufen (Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen)
- Nächste Angehörige benachrichtigen
- Bestattungsinstitut auswählen, Termin vereinbaren
- Überlegen, welche Wünsche der Verstorbene für seine Bestattung hatte (Bestattungsart, Reihen- oder Familiengrab usw.)
- Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen (Achtung: Sterbeort ist nicht immer Wohnort)

**Beachten Sie, dass außer der Renten- und Sozialversicherung auch andere Stellen die Vorlage einer Sterbeurkunde im Original fordern (für Rentenzwecke kostenlos)**

Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:

- Todesbescheinigung
- Personalausweis des/der Verstorbenen
- Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
- Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
- Scheidungsurteil, falls geschieden und nicht wieder verheiratet
- Sterbeurkunde des Ehegatten, falls die/der Verstorbene verwitwet war
- Mitteilungen der letzten Rentenanpassung

- Nach der Beurkundung des Sterbefalles von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und den Tag der Beisetzung erfragen
- Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
- Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
- Mitteilung an die Banken
- Schriftliche Benachrichtigung des Rentenversicherungsträgers sowie aller Versicherungen, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden, schriftliche Kündigungen laufender Verträge (Miete, Pacht, Telefon, Strom, Gas, Rundfunk- und Fernsehbeitrag usw.) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsaufträge
- Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
- Witwen-/Witwerrente beantragen, ggf. Vorschussantrag beim Postrentendienst stellen, ggf. Termin mit Rentenstelle im Rathaus vereinbaren
- Eventuell Danksagung bei der Tageszeitung aufgeben
- Falls Testament vorhanden, dieses beim zuständigen Amts-/Nachlassgericht abgeben
- Wird Erbschein benötigt, diesen beim zuständigen Nachlassgericht beantragen

Die Erledigung der hier aufgezählten Tätigkeiten können Sie größtenteils auch einem Bestattungsunternehmen übertragen. Entsprechende Mehrkosten entstehen.

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung und Trauerfeier

---

---

Meine letzte Ruhestätte habe ich ausgewählt/bereits erworben

---

(Name und Ort des Friedhofes/Grabstätte)

Ich habe eine Sterbeversicherung ja  nein  (wenn ja, siehe unter Versicherungen)

### Nachlassangelegenheiten

#### Testament - Hinweis!

Ein Testament muss gesondert abgefasst werden. Es ist nur gültig, wenn es vollständig eigenhändig geschrieben und unterschrieben ist. Die Unterschrift soll den Vornamen und den Familiennamen enthalten. Der Zeitpunkt (Tag, Monat und Jahr) und der Ort der Testamentsverfassung sollen angegeben werden. Jedoch sollte auch hier nicht auf die Beratung z. B. durch Notare/Steuerberater usw. verzichtet werden, wenn größere Vermögenswerte oder Immobilien verfügt werden.

Mein Testament ist hinterlegt bei

---

(Name, Anschrift, Telefonnummer)

### **Folgende Verwandte sollen informiert werden**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_



## Mein Leben

---

Vorname, Name, Geburtsname

---

Geboren am/Geburtsort

---

Geschwister (Vornamen, Namen)

---

---

Eltern (Vornamen, Namen)

---

Erinnerungen an Kindheit, Schul- und Jugendzeit

---

---

Geheiratet am/Ort

---

Name des Ehepartners, Geburtsname

---

Kinder (Vornamen, Namen, Geburtsnamen)

---

---

Erlerner Beruf

---

Beruflicher Werdegang bis zum Ruhestand

---

---

In den Ruhestand eingetreten am

---

Heimatvertrieben (geflüchtet: wann und wo?)

---

Kriegsteilnahme: Wie lange und wo?

---

Liebings- und Freizeitbeschäftigung

Vereinszugehörigkeit (Tätigkeiten und evtl. welche Position)

---

---

---

Durchgestandene schwere Krankheiten, Leiden, Schicksalsschläge

---

---

---

---

Schöne Erinnerungen habe ich an

---

---

---

---

---

---

---

**Was ich meinen Angehörigen noch mitteilen möchte ...**

---

---

---

---

---

---

---

## **VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGSVERFÜGUNG UND PATIENTENVERFÜGUNG**

Eine ganz persönliche und individuelle Angelegenheit.

Wer regelt Ihre Angelegenheiten, wenn Sie es nicht mehr können? Jeder kann unabhängig vom Alter in Situationen geraten, in der andere Personen für ihn entscheiden müssen. **Drei Arten von Vollmachten und Verfügungen** helfen, damit das in Ihrem Sinne geschieht. Das Wichtigste für alle drei Arten der Vorsorge ist, dass Sie in gesunden Tagen getroffen wird.

Die Absicherung Ihres Vermögens und Ihrer gesundheitlichen Selbstbestimmung im Alter ist ein Thema größter Bedeutung, welches oft gerne verdrängt oder unterschätzt wird. **Nehmen Sie** hierzu bitte **rechtliche Beratung in Anspruch**, um nicht später vor Problemen zu stehen. Die **beiliegenden Muster** (Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung) können eine solche professionelle Beratung niemals ersetzen und stellen auch keine abschließende Lösung dar. Diese sollen nur einen **ersten Einblick ermöglichen**.

Zu Ihrer eigenen Sicherheit ist es notwendig, dass Sie fachkundige Personen konsultieren, um Lösungen zu erarbeiten. Ohne fachlicher und rechtlicher Mitwirkung ist jede Vollmacht im wirtschaftlichen Bereich von geringem Wert. Wenn Sie Besitztum haben (oder ein Wohnungsrecht nach einer Übergabe), kann hierüber nur mit einer rechtssicheren Vollmacht verfügt werden. Eine bloße handschriftliche Unterzeichnung genügt in keinem Fall. Vergleichbar ist dies mit vielen Bereichen des Kreditwesens (z. B. Neuabschluss eines Darlehens). Hierzu reichen auch normale Bankvollmachten nicht aus. Eine vollumfassende Generalvollmacht (einschließlich Betreuungs- und Patientenverfügung) verursacht keine untragbaren Kosten. Für Schüler/Rentner ohne größeres Vermögen müssen sie mit einmalig ca. 95 € rechnen. Besitzen Sie ein normales Einfamilienhaus o.ä., belaufen sich die Gesamtkosten auf ca. 150 - 250 € pro Person. Dies beinhaltet alle erforderlichen Bereiche einschließlich einer digitalen Registrierung im zentralen Vorsorgeregister. Alternativ kann die Unterschrift auf der Vorsorgevollmacht durch die Betreuungsbehörde beim Landratsamt Freyung-Grafenau beglaubigt werden.

### **Die Vorsorgevollmacht**

#### **Was ist eine Vorsorgevollmacht?**

Mit einer Vorsorgevollmacht **beauftragen Sie eine Person Ihres Vertrauens, stellvertretend für Sie zu handeln, zu entscheiden und Verträge abzuschließen** - entweder umfassend oder in abgegrenzten Bereichen. **Die Vollmacht gilt nur, wenn Sie die Dinge nicht mehr selbst bewältigen können**. Sie können die Vollmacht dem Beauftragten auch jederzeit entziehen oder sie inhaltlich verändern.

## **Die Betreuungsverfügung**

### **Was ist eine Betreuungsverfügung?**

Diese Verfügung ist der **Auftrag an das Gericht, eine von Ihnen gewünschte Person zu Ihrem rechtlichen Betreuer zu bestellen**, wenn das später einmal nötig wird. Nach Paragraph 1896 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ist das der Fall, wenn Sie infolge einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung rechtliche Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr regeln können und keine anderen Vorsorgevollmachten getroffen haben.

**Der Betreuer wird Sie nur in den rechtlichen Aufgaben vertreten, die Sie nicht mehr bewältigen können.** Das Gericht prüft, ob Ihr gewünschter Vertreter für diese Aufgabe geeignet ist. Wenn ja, wird Ihrem Wunsch entsprochen. Anderenfalls wählt das Betreuungsgericht eine dritte Person aus - soweit möglich, aus Ihrem näheren Umfeld, sonst einen fremden ehrenamtlichen oder beruflichen Betreuer.

## **Die Patientenverfügung**

### **Was ist eine Patientenverfügung?**

In der Patientenverfügung wird geregelt, **welche ärztlichen Maßnahmen Sie zu Ihrer medizinischen Versorgung wünschen und welche Sie ablehnen**. So üben Sie **vorab Ihr Selbstbestimmungsrecht** für den Fall aus, dass Sie **bei einer schweren Krankheit oder nach einem Unfall Ihren Willen nicht mehr äußern können**. Bis zu diesem Moment behalten Sie selbstverständlich das Recht, Ihre Verfügung jederzeit ganz oder in Teilen zu ändern. Für alle Beteiligten (z. B. Betreuer, Bevollmächtigte, Ärzte, Pflegepersonal, Gerichte) ist die Patientenverfügung verbindlich, soweit sie ihren Willen für konkrete Behandlungssituationen klar erkennbar zum Ausdruck bringt.

Wir möchten Sie darauf **hinweisen, dass keine allgemeinen Formulierungen verwendet werden sollen**. Aus **diesem Grund** finden Sie auch **keinen abschließenden Vordruck** für die **Patientenverfügung in dieser Notfall- und Vorsorge-mappe**. Es ist notwendig, dass die Vorlage **angepasst und konkret beschrieben wird, in welcher Situation die Patientenverfügung gelten soll und welche Behandlungswünsche der Verfasser in dieser Situation hat**. Sie müssen deutlich niederlegen, welche konkret festgelegten Behandlungswünsche in allen konkret beschriebenen Behandlungssituationen gelten oder ob für verschiedene Situationen auch verschiedene Behandlungswünsche festgelegt werden sollen. Das betrifft z. B. die Durchführung oder Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) bietet **Textbausteine als Formulierungshilfen** zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen an. Diese Textbausteine sind nicht universell, vielmehr ist es **in jedem Fall zu empfehlen**, bei der **Abfassung der Patientenverfügung** sich von einer **fachkundigen Person beraten zu lassen**. Grundsätzlich muss jede Patientenverfügung nach **eigenen Vorstellungen und Behandlungswünschen** für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit **für sich persönlich erstellt werden**.



# Vorsorgevollmacht

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

## erteile hiermit Vollmacht an

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_  
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.

## 1. Gesundheits Sorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheits Sorge 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 (§ 1904 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.  ja  nein
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie

  - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB)  ja  nein
  - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)  ja  nein
  - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB)  ja  nein
  - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a 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.  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 rechtlich gestattet ist.  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 2.1.5 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 die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr 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





## Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

■ **Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:**

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum

Unterschrift





## Die Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung<sup>1</sup>

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.2) und welche Behandlungswünsche der Verfasser in diesen Situationen hat (Formulierungshilfen hierzu unter 2.3). Auch vor dem Hintergrund der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Beschluss vom 6. Juli 2016 – XII ZB 61/16 sowie Beschluss vom 8. Februar 2017 – XII ZB 604/15) sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z. B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z. B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 2.3, die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor beschriebene konkrete Behandlungssituation genommen („In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,“). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 2.3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden (vgl. auch Fußnote 6). Im Einzelfall kann sich die erforderliche Konkretisierung aber auch bei einer weniger detaillierten Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben (vgl. Beschluss des BGH vom 8. Februar 2017).

### 2.1 Eingangsformel

**Ich,** \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, wohnhaft in)

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ...

### 2.2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...

<sup>1</sup> Auszug „Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung“ aus der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz, November 2017.

- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist<sup>2</sup>.
- ich infolge eines 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<sup>3</sup>.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---



---



---

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

<sup>2</sup> Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

<sup>3</sup> Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.



## 2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

### 2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten, oder
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.<sup>4</sup>

### 2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung<sup>5</sup>

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen, oder
- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

---

<sup>4</sup>Die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

<sup>5</sup>Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

### 2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr<sup>6</sup>

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann, oder
- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>7</sup> zur Beschwerdelinderung erfolgen, oder
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

### 2.3.4 Wiederbelebung<sup>8</sup>

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung, oder
- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab

---

<sup>6</sup> Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter [https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern\\_Leitfaden\\_2008.pdf](https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf)).

<sup>7</sup> Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

<sup>8</sup> Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.



oder

- lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

### **2.3.5 Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann,  
oder
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

### **2.3.6 Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann,  
oder
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### **2.3.7 Antibiotika**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann,  
oder
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>6</sup> zur Beschwerdelinderung,  
oder
- keine Antibiotika.

### **2.3.8 Blut/Blutbestandteile**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann,  
oder
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>6</sup> zur Beschwerdelinderung,  
oder
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

## **2.4 Ort der Behandlung, Beistand**

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden,  
oder

- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben,  
oder
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.  
Ich möchte
- Beistand durch folgende Personen:

---



---



---

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---



---

- hospizlichen Beistand.

### **2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---



---




---

### **2.6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung**

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in





dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)
  - meiner/meinem Bevollmächtigten
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
  - anderer Person: ...
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)
  - meiner/meinem Bevollmächtigten
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
  - anderer Person: ...

## 2.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: Bevollmächtigte(r)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax/E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen). Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax/E-Mail: \_\_\_\_\_

## 2.8 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

## 2.9 Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu<sup>9</sup> (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)<sup>10</sup>
  - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor;
  - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor,oder
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

---

<sup>9</sup>Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 50819 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: order@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

<sup>10</sup>Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Arbeitspapier\\_Patientenverfuegung\\_Organspende\\_18012013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf). Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.



## 2.10 Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.<sup>11</sup>

## 2.11 Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

## 2.12 Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch

\_\_\_\_\_

und beraten lassen durch

## 2.13 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

<sup>11</sup> Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

\_\_\_\_\_

- Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

#### 2.14 Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe, oder
- diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

(Alternativen)

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# VERZEICHNIS DER ERTEILTEN VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

habe nachfolgend aufgeführte Vollmachten und Verfügungen erteilt:

Meine Vertrauensperson

\_\_\_\_\_ (bevollmächtigte Person)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_ (Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

## ist mit folgenden Vollmachten/Verfügungen ausgestattet:

<b>Vorsorgevollmacht</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Registrierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ausstellungsdatum
<b>Betreuungsverfügung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Registrierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ausstellungsdatum
<b>Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Registrierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ausstellungsdatum
<b>Kontovollmacht</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Registrierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

\_\_\_\_\_ (Bank, Sparkasse, Konto, Ausstellungsdatum)

\_\_\_\_\_ (Bank, Sparkasse, Konto, Ausstellungsdatum)

\_\_\_\_\_ (Bank, Sparkasse, Konto, Ausstellungsdatum)



----- (Bitte evtl. in der Geldbörse o. ä. aufbewahren) -----

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich

Tritt dieser Fall ein, bitte ich umgehend mit dieser von mir benannten Vertrauensperson Kontakt aufzunehmen

\_\_\_\_\_ Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ Anschrift

\_\_\_\_\_ Anschrift

\_\_\_\_\_ eine Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung \*) erstellt.  
\*) Nichtzutreffendes ist zu streichen

\_\_\_\_\_ Telefon

**Impressum:****Herausgeber:****Landratsamt Freyung-Grafenau**

Wolfkerstraße 3  
94078 Freyung  
Tel.: 08551/57-0  
Fax: 08551/57-252  
info@lra.landkreis-frg.de  
www.freyung-grafenau.de

**Kliniken Am Goldenen Steig gGmbH**

Waldschmidtstraße 6  
94078 Freyung  
Tel.: 08551/977-0  
Fax: 08551/977-1111  
gl@frg-kliniken.de  
www.frg-kliniken.de

**Verteilung:**

Kostenlos beim Herausgeber  
Ebenso können Sie die Notfall- und Vorsorgemappe auch unter [www.freyung-grafenau.de](http://www.freyung-grafenau.de)  
als PDF-Datei herunterladen.

**Fotos:**

Fotolia.com: contrastwerkstatt, Jeanette Dietl , Tierney

**Bearbeitungsstand:**

2. Auflage, März 2018

**Vollmachten und Verfügungen:**

Die verwendeten Formulare wurden vom Bundesministerium der Justiz und für  
Verbraucherschutz erarbeitet und mit dessen Zustimmung zur Veröffentlichung freigegeben;  
Quelle: Homepage des Bundesministeriums für Verbraucherschutz: [www.bmju.de](http://www.bmju.de);  
Stand: September 2017

## **Ehrenamtliche Beauftragte des Landkreises:**



### **Seniorenbeauftragte des Landkreises Freyung-Grafenau:**

Anna Mitterdorfer, Grafenau



### **Behindertenbeauftragter des Landkreises Freyung-Grafenau:**

Hans Süß, Röhrnbach

Beide Beauftragte können Sie über das Büro für Senioren und Menschen mit Handicap im Landratsamt Freyung-Grafenau unter Tel.: 08551/57-308 oder [senioren@lra.landkreis-frg.de](mailto:senioren@lra.landkreis-frg.de) bzw. [handicap@lra.landkreis-frg.de](mailto:handicap@lra.landkreis-frg.de) erreichen.

## **Hilfestellen für Senioren und Menschen mit Handicap im Landratsamt:**

### **Büro für Senioren und Menschen mit Handicap**

Zentrale Anlaufstelle (insbesondere für die kommunalen Seniorenbeauftragten) im Landratsamt und Beratung/Betreuung von Senioren und Menschen mit Handicap in allen sie betreffenden Angelegenheiten - Tel.: 08551/57-308

### **Bauverwaltung**

Beratung über barrierefreies Bauen sowie über staatliche Förderung von alters- und behindertenbehindertengerechten Umbaumaßnahmen - Tel.: 08551/57-179 und 08551/57-239

### **Sozialverwaltung**

Beratung und finanzielle Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich, zur Aufrechterhaltung der Wohnung (Wohngeld) und zur Sicherung des Lebensunterhalts (Grundsicherung im Alter), Beratung und Unterstützung durch sonstige Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Auskünfte über ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe im Landkreis, Beratung bei evtl. pflegerischen Defiziten Angehöriger in Heimen, Beratung bei Betreuungen Volljähriger nach dem Betreuungsgesetz - Tel.: 08551/57-200 und 08551/57-158

### **Öffentlicher Personennahverkehr**

Zuständig für sämtliche Fragen zur Mobilität - Tel.: 08551/57-340

### **Wirtschaftsförderung, Tourismus**

Beratung über Förderprogramme zur Barrierefreiheit in Tourismusbetrieben sowie Auskünfte über barrierefreie Urlaubsunterkünfte - Tel.: 08551/57-246 und 08551/57-114



Unfallchirurgie  
Endoprothetik  
Orthopädie  
Visceralchirurgie  
Gefäßchirurgie  
Anästhesie  
Innere Medizin  
Kardiologie  
Neurologie  
Gastroenterologie  
Onkologie  
Palliativmedizin  
Pneumologie  
Urologie  
Gynäkologie/Geburtshilfe  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Psychosomatik  
Geriatrische Reha

Kommunal, kompetent, individuell

[www.frg-kliniken.de](http://www.frg-kliniken.de)



## Krankenhaus Freyung

Krankenhausstr. 6 • 94078 Freyung  
Telefon: 08551 977-0 • Telefax: 08551 977-1106  
E-Mail: [verwaltung.freyung@frg-kliniken.de](mailto:verwaltung.freyung@frg-kliniken.de)



## Krankenhaus Grafenau

Schwarzmaierstr. 21 • 94481 Grafenau  
Telefon: 08552 421-0 • Telefax: 08552 421-3106  
E-Mail: [verwaltung.grafenau@frg-kliniken.de](mailto:verwaltung.grafenau@frg-kliniken.de)



## Krankenhaus Waldkirchen

Erlenhain 6 • 94065 Waldkirchen  
Telefon: 08581 981-0 • Telefax: 08581 981-2106  
E-Mail: [verwaltung.waldkirchen@frg-kliniken.de](mailto:verwaltung.waldkirchen@frg-kliniken.de)



### Kliniken Am Goldenen Steig gGmbH

Waldschmidtstr. 6 • 94078 Freyung  
Telefon: 08551 977-0 • Telefax: 08551 977-1111



### KLINIKEN AM GOLDENEN STEIG

FREYUNG | GRAFENAU | WALDKIRCHEN  
Wir für Ihre Gesundheit.

# Facharztzentrum Am Goldenen Steig gGmbH

Chirurgie | Orthopädie | Onkologie | Psychiatrie/Psychotherapie | Gynäkologie  
Kinder- und Jugendmedizin | Pneumologie | Anästhesie

## Standort Freyung

MVZ Freyung  
Bannholz 4 a  
94078 Freyung  
Tel. 08551 / 977 - 4200

## Standort Grafenau

Kinderarztpraxis  
Zweigniederlassung  
MVZ Freyung  
Schwarzmaierstr. 21 a  
94481 Grafenau  
Tel. 08552 / 421 - 4500

## Standort Waldkirchen

MVZ Waldkirchen  
Erlenhain 6  
94065 Waldkirchen  
Tel. 08581/981-4300



Besuchen Sie uns auf unserer Homepage:

[www.faz-freyung.de](http://www.faz-freyung.de)



### FACHARZTZENTRUM AM GOLDENEN STEIG FREYUNG

Wir für Ihre Gesundheit