

„Ich bin vorbereitet“

# Notfallmappe

von:



# Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1 Anleitung – Besitzerin/ Besitzer der Notfallmappe	6
1.2 Anleitung – Angehörige	7
1.3 Glossar	8
1.4 Wichtige Rufnummern – am besten neben das Telefon legen!	9
<b>2. Persönliche Daten</b>	<b>11</b>
2.1 Persönliche Daten	12
2.2 Nahestehende Personen	13
2.3 (Haus-)Tiere	15
2.4 Berufliches	16
2.5 Digitale Angelegenheiten	18
2.6 Dokumentencheckliste persönliche Daten	19
<b>3. Gesundheit und Krankheit</b>	<b>20</b>
3.1 Medizinische Daten/ Medikamente	21
3.2 Behandelnde Ärztinnen/ Ärzte und Pflegedienst	24
3.3 Krankenversicherung	26
3.4 Dokumentencheckliste Gesundheit und Krankheit	27
<b>4. Verfügungen und Vollmachten</b>	<b>28</b>
4.1 Informationsblatt über Verfügungen/ Vollmachten	29
4.2 Eigene Angaben über Verfügungen/ Vollmachten	30
4.3 Dokumentencheckliste Verfügungen und Vollmachten	31
<b>5. Pflegebedürftigkeit</b>	<b>32</b>
5.1 Checkliste für das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit	33
5.2 Checkliste für die Krankenhauseinweisung	34
5.3 Infoblatt zur Pflegezeit	35
5.4 Biografiebogen	36
<b>6. Vorsorge</b>	<b>38</b>
6.1 Rente, Versorgung, Lebensversicherungen	39
6.2 Dokumentencheckliste Vorsorge	41

---

<b>7. Finanzen</b>	<b>42</b>
7.1 Girokonten, Sparkonten, Wertpapiere	43
7.2 Verbindlichkeiten	44
7.3 Mitgliedschaften	46
7.4 Bestehende Verträge	47
7.5 Dokumentencheckliste Finanzen	48
<b>8. Wohnen und Eigentum</b>	<b>49</b>
8.1 Mietobjekte	50
8.2 Immobilien	50
8.3 Vermietung	51
8.4 Energieversorgung/Grundsteuer	52
8.5 Dokumentencheckliste Wohnungen und Eigentum	53
<b>9. Versicherungen</b>	<b>54</b>
9.1 Versicherungen für Haus und Wohnung	55
9.2 Unfallversicherung	55
9.3 Haftpflichtversicherung	56
9.4 Rechtsschutzversicherung	56
9.5 Weitere Versicherungen	56
9.6 Dokumentencheckliste Versicherungen	57
<b>10. Kraftfahrzeuge</b>	<b>58</b>
10.1 Fahrzeuge	59
10.2 Kraftfahrzeugversicherungen	60
10.3 Dokumentencheckliste Kraftfahrzeuge	61
<b>11. Todesfall</b>	<b>62</b>
11.1 Infoblatt für den Todesfall	63
11.2 Checkliste für den Todesfall	64
11.3 Gestaltung der Bestattung	65

## **berufundfamilie Service GmbH**

Die berufundfamilie Service GmbH ist Dienstleister und der Kompetenzträger im Themengebiet Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben. Sie begleitet erfolgreich Unternehmen, Institutionen und Hochschulen bei der Umsetzung einer nachhaltigen familien- und lebensphasenbewussten Personalpolitik und der Gestaltung familiengerechter Forschungs- und Studienbedingungen. Ihr zentrales Angebot ist das audit berufundfamilie bzw. audit familiengerechte hochschule, das von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung initiiert wurde. Das audit ist das strategische Managementinstrument, welches Arbeitgeber dazu nutzen, ihre Personalpolitik familien- und lebensphasenbewusst aufzustellen und ihre Arbeitgeberattraktivität zu stärken. Seit 1998 wurden über 1.600 Arbeitgeber mit dem Zertifikat zum audit ausgezeichnet.

Mit der berufundfamilie Akademie bietet die berufundfamilie ein umfangreiches Weiterbildungsangebot für Fach- und Führungskräfte an. Dieses steht im Kontext einer familien- und lebensphasenbewussten Personalpolitik und vermittelt Praxiswissen aus der betrieblichen Vereinbarkeit. Zu den weiteren umfassenden Beratungsleistungen der berufundfamilie zählt die Mitarbeiterbefragung mit Fokus auf die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben.

Mehr Informationen unter [www.berufundfamilie.de](http://www.berufundfamilie.de)

# 1. Einleitung



1.1 Anleitung – Besitzerin/ Besitzer der Notfallmappe

1.2 Anleitung – Angehörige

1.3 Glossar

1.4 Wichtige Rufnummern

## 1.1 Anleitung – Besitzerin / Besitzer der Notfallmappe

Sehr geehrte Besitzerin / sehr geehrter Besitzer dieser Notfallmappe,

eigenverantwortlich möchten Sie sich für den Ernstfall vorbereiten – eine gute Entscheidung!

Mit diesem Ordner verschaffen Sie sich und eventuell Ihren Angehörigen einen umfassenden Überblick über Ihre wichtigsten persönlichen Unterlagen – für alle Fälle.

Hier können Sie wichtige Dokumente übersichtlich zusammenstellen, sortieren, aufbewahren und andere Aufbewahrungsorte vermerken. So lässt sich Wichtiges kurzfristig finden. In einem Notfall fehlt meist die Zeit und die Ruhe für das Suchen!

Sie haben die Möglichkeit, individuelle Notizen hier in dieser Vorlage zu vermerken und auch zu ergänzen sowie anhand von Dokumentenchecklisten jede wichtige Unterlage sofort griffbereit zu haben. Dies können Sie entweder auf einem Ausdruck des Dokuments handschriftlich erledigen oder indem Sie die Formularfelder direkt am PC ausfüllen. Das Dokument lässt sich speichern und immer wieder neu bearbeiten. Bitte denken Sie daran, das Dokument an einem sicheren Ort zu speichern.

Außerdem finden Sie wichtige Informationen und nützliche Hinweise, zum Beispiel zu den Themen Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Krankenhauseinweisung oder Trauerfall.

Es ist uns bewusst, dass es sich bei den in der Notfallmappe aufgeführten Angaben um sehr sensible Daten handelt, die auch dem Datenschutz unterliegen. Deswegen empfiehlt es sich, auf eine sichere Verwahrung zu achten.

Wir wünschen Ihnen das gute Gefühl, vorbereitet zu sein!

Alles Gute,

Ihr Arbeitgeber und die berufundfamilie Service GmbH

## 1.2 Anleitung – Angehörige

Sehr geehrte Angehörige/ sehr geehrter Angehöriger,

für Hilfeleistende ist es wichtig, Zugriff auf Informationen und Unterlagen von Angehörigen zu haben. Gibt es eine Betreuungsverfügung? Wer soll im Notfall informiert werden? Wo finde ich ärztliche Gutachten? Was ist im Todesfall zu beachten?

Mit der vorliegenden Mappe können Sie Antworten auf die Fragen finden und sich im Notfall einen umfassenden Überblick zu wichtigen Informationen und Unterlagen verschaffen.

Den Dokumentenchecklisten können Sie die Aufbewahrungsorte der Unterlagen entnehmen. Das Glossar auf der folgenden Seite ermöglicht Ihnen das schnelle Finden der benötigten Informationen. Darüber hinaus informieren Merkblätter zu wichtigen Themen wie Vollmachten, Pflege oder Todesfall.

Die Checklisten zu den verschiedenen Themen enthalten unterstützende Hinweise und Handlungsanleitungen für akute Situationen (Krankenhauseinweisung, Pflegebedürftigkeit, Todesfall).

Wir wünschen Ihnen alles Gute,

der Arbeitgeber Ihrer Angehörigen/ Ihres Angehörigen und die berufundfamilie Service GmbH

## 1.3 Glossar

Allergien .....	20	Krankenhauseinweisung .....	24
Allergiepass .....	25	Krankenversicherung, gesetzlich .....	24
Ambulante Behandlungen .....	20	Krankenversicherung, privat .....	24
Ambulanter Pflegedienst .....	25	Krankenversicherungskarte .....	25
Anfallsleiden .....	20	Kredit- / Darlehensverträge .....	46
Arbeitslosenbescheinigung .....	18	Kredit-, Scheck-, Kontokarten .....	46
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung .....	25	Lebensversicherung .....	38
Ärztliche Gutachten/Atteste .....	25	Lebensversicherungspolice .....	39
Aufenthaltsgenehmigung .....	18	Medikamente .....	19
Bausparvertrag .....	18	Mietobjekte .....	48
Beamtenversorgung .....	38	Mietverträge .....	51
Befunde .....	25	Mitgliedsausweise .....	46
Behinderungen .....	21	Mitgliedschaften .....	44
Besitzurkunden .....	51	Notfallausweis .....	25
Betreuungsverfügung .....	29	Operationen .....	21
Biografiebogen .....	32	Organspendeausweis .....	25
Blutgruppe .....	20	Patientenverfügung .....	28
Blutgruppenausweis .....	28	Personalausweis .....	18
Chronische Krankheiten .....	20	Pflegebedürftigkeit .....	31
Daueraufträge .....	42	Pflegeversicherung .....	24
Diabetikerausweis .....	25	Pflegevertrag .....	25
Ehevertrag .....	18	Rechtsschutz-Versicherung .....	54
Einzugsermächtigungen .....	42	Rechtsschutzversicherungspolice .....	55
Energieversorgung .....	47	Reisepass .....	18
Fahrzeuge .....	56	Rentenbescheid .....	39
Familienstammbuch .....	18	Rentenversicherung .....	35
Führerschein .....	59	Rentenversicherungspolice .....	39
Gebäudeversicherung .....	53	Röntgenpass .....	25
Gebäudeschutzpolice .....	54	Scheidungsurkunde .....	18
Geburtsurkunde .....	18	Schlüssel .....	13
Geldanlagen .....	39	Schwerbehindertenausweis .....	25
Girokonto .....	39	Sorgerechtsbescheid .....	29
Glasbruchversicherung .....	53	Sozialversicherungsausweis .....	39
Grundbucheinträge .....	51	Sparbücher .....	46
Grundsteuer .....	50	Sparkonten .....	41
Haftpflichtversicherung .....	54	Sparverträge .....	46
Haftpflichtversicherungspolice .....	55	Stationäre Behandlungen .....	20
Hausärztin / Hausarzt .....	9	Sterbegeldversicherung .....	38
Hausratversicherung .....	50	Sterbeurkunden von Familienangehörigen .....	18
Hausratversicherungspolice .....	55	Sterbeversicherungspolice .....	39
(Haus-)Tiere .....	14	Steuererklärung .....	46
Heiratsurkunde .....	18	Steuernummer .....	46
Herzschrittmacher .....	25	Taufschein .....	18
Hypotheken .....	42	Unfallversicherung .....	53
Immobilien .....	48	Unfallversicherungspolice .....	55
Impfpass .....	25	Verbindlichkeiten .....	42
Implantate .....	20	Vermietung .....	49
Jahresdepotauszüge .....	46	Versicherungen für Haus und Wohnung .....	53
Kaufverträge .....	51	Versorgungsbescheid .....	39
Kraftfahrzeug-Brief .....	56	Vollmachten, erhalten von anderen Personen .....	29
Kraftfahrzeug-Versicherungspolice .....	56	Vorsorgevollmacht .....	29
Kraftfahrzeug-Versicherung .....	55	Wertpapiere .....	46
		Zahnärztin / Zahnarzt .....	23

## 1.4 Wichtige Rufnummern – am besten neben das Telefon legen!

**Polizei: 110**

**Rettungsdienst / Feuerwehr: 112**

Geben Sie dabei immer an: Wer ruft an?

Wo ist etwas passiert?

Was ist passiert?

Hausärztin/ Hausarzt Name: .....

Telefon: .....

**Ärztlicher Notdienst: 116 117**

**EC-Kartensperrung: 116 116**

**Giftnotruf: (regionale Vorwahl) ..... -19240**

Geben Sie darüber Auskunft: Alter, Größe, Gewicht

Was wurde eingenommen?

Welche Mengen?

Wann?

**Kontaktperson, die im Notfall zuerst informiert wird**

Name: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

**Amtsgericht: .....**

**Pflegedienst: .....**

## Zur Aufbewahrung im Portemonnaie

**Für den Notfall**

Polizei: 110  
Rettungsdienst: 112

---

Ich heiße: .....

Meine Adresse:  
.....  
.....

Meine Telefonnummer:  
.....  
.....

---

Meine Kontaktperson:  
Name: .....  
Telefon: .....

---

Hausärztin/Hausarzt: .....  
Telefon: .....

## 2. Persönliche Daten



2.1 Persönliche Daten

2.2 Nahestehende Personen

2.3 (Haus-)Tiere

2.4 Berufliches

2.5 Digitale Angelegenheiten

2.6 Dokumentencheckliste

## 2.1 Persönliche Daten

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Geburtsort:

.....

Straße, Hausnummer:

.....

PLZ, Wohnort:

.....

Telefon:

.....

Mobil:

.....

E-Mail-Adresse:

.....

Konfession:

.....

Kirchengemeinde:

.....

Familienstand:

.....

Tag und Ort (Standesamt) der Eheschließung/Lebenspartnerschaft:

.....

Bei Scheidung – Datum:

.....

Gericht:

.....

### Angaben zu Ehegattin / Ehegatte – Lebenspartnerin / Lebenspartner:

Name:

.....

Vorname:

.....

Evtl. früherer Name:

.....

Anschrift (falls abweichend):

.....

Telefon:

.....

Mobil:

.....

Sonstiges:

.....

## 2.2 Nahestehende Personen

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtstag:

.....

Geburtsort:

.....

Adresse:

.....

Telefon:

.....

Mobil:

.....

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtstag:

.....

Geburtsort:

.....

Adresse:

.....

Telefon:

.....

Mobil:

.....

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtstag:

.....

Geburtsort:

.....

Adresse:

.....

Telefon:

.....

Mobil:

.....

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

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

Geburtstag: ..... Geburtsort: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

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

Geburtstag: ..... Geburtsort: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Soll im Notfall unmittelbar benachrichtigt werden

Personen, die im Notfall nicht benachrichtigt werden sollen:  
.....  
.....

Welche der Personen haben einen Schlüssel für Wohnung, Zweitwohnung, Büro, Lager, Garage oder sonstige Räume?  
.....  
.....  
.....

## 2.3 (Haus-)Tiere

Tier 1:

Tierarzt:

.....

Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, ggf. Steuermarke, Chipnummer,...):

.....

.....

Informationen zu Vorlieben bzw. Abneigungen des Tieres:

.....

Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier:

.....

Tier 2:

Tierarzt:

.....

Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, ggf. Steuermarke, Chipnummer,...):

.....

.....

Informationen zu Vorlieben bzw. Abneigungen des Tieres:

.....

Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier:

.....

Tier 3:

Tierarzt:

.....

Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, ggf. Steuermarke, Chipnummer,...):

.....

.....

Informationen zu Vorlieben bzw. Abneigungen des Tieres:

.....

Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier:

.....

## 2.4 Berufliches

### **Für Arbeitnehmerinnen / Arbeitnehmer:**

Beruf, Tätigkeit:

.....

Name des Arbeitgebers:

.....

Personalnummer:

.....

Adresse des Arbeitgebers:

.....

Telefon:

.....

### **Für Selbstständige:**

Name der Firma:

.....

Anschrift der Firma:

.....

Telefon:

.....

Handelsregister, Finanzamt:

.....

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung:

.....

Berufsunfähigkeitsversicherung:

.....

Sonstiges:

.....

**Sonstiges:**

Steuerberaterin/Steuerberater: Name, Anschrift, Telefonnummer

.....  
.....

Rechtsanwältin/Rechtsanwalt: Name, Anschrift, Telefonnummer

.....  
.....

Notarin/Notar: Name, Anschrift, Telefonnummer

.....  
.....

Finanzamt:

Steuernummer:

.....

Persönliche Steuer-Identifikationsnummer

.....



## 2.6 Dokumentencheckliste persönliche Daten

	<b>vorhanden ja / nein</b>	<b>besorgen ja / nein</b>	<b>in dieser Mappe? ja / nein</b>	<b>anderer Aufbewahrungsort</b>
<b>Personalausweis</b>				
<b>Reisepass</b>				
<b>Familienstammbuch</b>				
<b>Heiratsurkunde</b>				
<b>Geburtsurkunde</b>				
<b>Taufschein</b>				
<b>Ehevertrag</b>				
<b>Scheidungsurkunde</b>				
<b>Sterbeurkunden von Familienangehörigen</b>				
<b>Aufenthaltsgenehmigung</b>				
<b>Arbeitslosenbescheinigung</b>				

## 3. Gesundheit und Krankheit



3.1 Medizinische Daten / Medikamente

3.2 Behandelnde Ärztinnen / Ärzte und Pflegedienste

3.3 Krankenversicherung

3.4 Dokumentencheckliste

### 3.1 Medizinische Daten / Medikamente

Blutgruppe: .....

Gegenwärtige / chronische Krankheiten :

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

Diabetes: Ja Nein

Insulin: Ja Nein Name: .....

Tabletten: Ja Nein Name: .....

Anfallsleiden:

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

Allergien:

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

Implantate (z. B. Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen):

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

Ambulante Behandlungen:

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

Stationäre Behandlungen:

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

**Operationen:**

Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
.....	.....	.....
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
.....	.....	.....
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
.....	.....	.....
Welche?	Wann?	Wo durchgeführt?
.....	.....	.....

**Behinderung:**

.....

.....

.....

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes:

Ausstellungsdatum: ..... Aktenzeichen: .....

Antrag gestellt am: .....

Bemerkungen:

.....

.....

.....



### 3.2 Behandelnde Ärztinnen / Ärzte und Pflegedienst

#### meine Hausärztin / mein Hausarzt:

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

Adresse: .....

#### Meine Zahnärztin / mein Zahnarzt:

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

Adresse: .....

#### Andere Ärztin / anderer Arzt, bei der / dem ich in regelmäßiger Behandlung bin:

Name: ..... Fachrichtung: .....

Adresse: ..... Telefon: .....

#### Andere Ärztin / anderer Arzt, bei der / dem ich in regelmäßiger Behandlung bin:

Name: ..... Fachrichtung: .....

Adresse: ..... Telefon: .....

#### Andere Ärztin / anderer Arzt, bei der / dem ich in regelmäßiger Behandlung bin:

Name: ..... Fachrichtung: .....

Adresse: ..... Telefon: .....

---

**Andere Ärztin / anderer Arzt, bei der / dem ich in regelmäßiger Behandlung bin:**

Name:

Fachrichtung:

.....

.....

Adresse:

Telefon:

.....

.....

**Andere Ärztin / anderer Arzt, bei der / dem ich in regelmäßiger Behandlung bin:**

Name:

Fachrichtung:

.....

.....

Adresse:

Telefon:

.....

.....

**Andere Ärztin / anderer Arzt, bei der / dem ich in regelmäßiger Behandlung bin:**

Name:

Fachrichtung:

.....

.....

Adresse:

Telefon:

.....

.....

**Mein ambulanter Pflegedienst:**

Name:

Telefon:

.....

.....

Adresse:

.....

### 3.3 Krankenversicherung

#### Gesetzliche Krankenversicherung:

Krankenkasse:

Telefon:

.....

.....

Anschrift:

Versicherungsnummer:

.....

.....

#### Private Krankenversicherung / Krankenhauszusatzversicherung:

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

.....

.....

Anschrift:

Versicherungsnummer:

.....

.....

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

.....

.....

Anschrift:

Versicherungsnummer:

.....

.....

#### Pflegeversicherung (privat):

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

.....

.....

Anschrift:

Versicherungsnummer:

.....

.....

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

.....

.....

Anschrift:

Versicherungsnummer:

.....

.....

### 3.4 Dokumentencheckliste Gesundheit und Krankheit

	<b>vorhanden ja / nein</b>	<b>besorgen ja / nein</b>	<b>in dieser Mappe? ja / nein</b>	<b>anderer Aufbewahrungsort</b>
<b>Krankenversicherungskarte</b>				
<b>Blutgruppenausweis</b>				
<b>Diabetikerausweis</b>				
<b>Allergiepass</b>				
<b>Röntgenpass</b>				
<b>Ausweis: Herzschrittmacher</b>				
<b>Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</b>				
<b>Ärztliche Gutachten/ Atteste</b>				
<b>Notfallausweis</b>				
<b>Impfpass</b>				
<b>Pflegevertrag</b>				
<b>Organspendeausweis</b>				
<b>Schwerbehindertenausweis</b>				
<b>Befunde</b>				

## 4. Verfügungen und Vollmachten



- 4.1 Informationsblatt über Verfügungen/Vollmachten
- 4.2 Eigene Angaben über Verfügungen/Vollmachten
- 4.3 Dokumentencheckliste

## 4.1 Informationsblatt über Verfügungen / Vollmachten

Durch Unfall, Krankheit oder durch fortgeschrittene Einschränkungen im Alter kann jeder Mensch – auch Jüngere – in die Situation kommen, in der er seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst erledigen kann und auf die Hilfe Anderer angewiesen ist. Für einen solchen Fall sollten Sie rechtzeitig vorsorgen. Das erleichtert Ihren Bevollmächtigten und Helferinnen/Helfern Ihre Vorstellungen und Wünsche zu respektieren und umzusetzen.

Es gibt drei Möglichkeiten, um in gesunden Tagen im Sinne der Selbstbestimmung schriftliche Willenserklärungen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit abgeben zu können:

- **Vorsorgevollmacht**

Die Vorsorgevollmacht ist ein privatrechtlicher Vertrag zwischen autonomen Partnern. Der Vollmachtgeber muss geschäftsfähig sein. Der Vollmachtnehmer kann nach Vorlage der Vollmacht und Einhalten der Eintrittsbedingungen direkt handeln.

Basis: absolutes Vertrauen.

- **Betreuungsverfügung**

In einer Betreuungsverfügung wird der Wunsch eines Menschen festgehalten, welche Person im Fall der Betreuungsbedürftigkeit die gerichtliche Betreuung übernehmen soll. Der gewünschte Betreuer ist nach Gerichtsbeschluss und in den vom Gericht festgelegten Aufgabenkreisen handlungsfähig.

Basis: gerichtlich kontrolliertes Dienstleistungsverhältnis.

- **Patientenverfügung**

Die Patientenverfügung ist die persönliche Willenserklärung eines Menschen zur Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts in medizinischen Angelegenheiten. Es handelt sich um eine Handlungsanweisung an die Ärztin/den Arzt.

Basis: intaktes Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient; ggf. wird zur Umsetzung des Patientenwillens eine bevollmächtigte Person oder Betreuerin/Betreuer benötigt.

Mehr Informationen finden Sie unter:

[http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht\\_node.html](http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html)

## 4.2 Eigene Angaben über Verfügungen / Vollmachten

**Vorsorgevollmacht:** Ja    Nein

Inhalt in Stichpunkten:

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

Eingetragen: .....

Bevollmächtigte Person: .....

Personen, die informiert sind: .....

**Betreuungsverfügung:** Ja    Nein

Hinterlegt bei .....

Als Betreuerin/ Betreuer gewünschte Person/en:

.....  
.....

Meine Wünsche zur Durchführung der Betreuung:

.....  
.....

Sonstiges:

.....  
.....

**Patientenverfügung:** Ja    Nein

Personen, die eine Ausfertigung / Abschrift erhalten haben:

.....  
.....

**Weitere Verfügungen / Vollmachten:**

.....  
.....



## 5. Pflegebedürftigkeit



5.1 Checkliste für das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit

5.2 Checkliste für die Krankenhauseinweisung

5.3 Infoblatt zur Pflegezeit

5.4 Biografiebogen

## 5.1 Checkliste für das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit

- Stellen Sie bei Ihrer Kranken- / Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung. Dies kann auch eine bevollmächtigte Person übernehmen.
- Von der Pflegekasse erhalten Sie eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen.
- Sie haben einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse.
- Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
- Führen Sie ein Pfl egetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen Sie Hilfe benötigen (zum Beispiel beim Waschen, Anziehen, Essen) und wie viel Zeit diese Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch andere unabhängige Gutachterinnen / Gutachter.
- Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen / Gutachter anwesend zu sein.
- Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Ihre Angehörigen oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen möchten.
- Ist die Pflege zu Hause – ggf. auch unter Inanspruchnahme des Betreuungsangebotes einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so können Sie sich über geeignete stationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

Bei allen Fragen stehen Ihnen die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort selbstverständlich immer zur Verfügung. Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter 030 3406066-02 bzw. über das Pfl egetelefon des Bundesfamilienministeriums unter 030 20179313.

Mehr Informationen finden Sie unter:

<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege.html>

<http://www.wege-zur-pflege.de>

## 5.2 Checkliste für die Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes: genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten!
- Bei Dunkelheit: Außenlicht einschalten! (Außenbeleuchtung/Hausnummerbeleuchtung)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, eine geringe Menge Bargeld
- Anschriften, Telefonnummern der nächsten Angehörigen und Freundinnen/Freunde
- Evtl. Haus- und/oder Wohnungsschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarinnen und Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)
- Sterbegeldversicherung

## 5.3 Infoblatt zur Pflegezeit

### „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ Familienpflegezeitgesetz (seit 01.01.2015)

#### 1. Säule: Kurzfristige Arbeitsverhinderung

- Kurzfristige, vollständige Freistellung bis zu zehn Tage zur Organisation einer neuen Pflegesituation
- Pflegeunterstützungsgeld
- Kündigungsschutz im Zeitraum der kurzfristigen Arbeitsverhinderung
- Gilt für Betriebe jeglicher Größe

#### 2. Säule: Pflegezeit Mittelfristige Pflege

- Vollständige oder teilweise Freistellung bis zu sechs Monaten für die Pflege eines nahen Angehörigen im häuslichen Umfeld
- Anspruch auf zinsloses Darlehen
- Kündigungsschutz im Zeitraum der Pflegezeit
- Kleinbetriebsklausel: Gilt nicht in Betrieben mit 15 oder weniger Beschäftigten

#### 3. Säule: Familienpflegezeit Langfristige Pflege

- Teilweise Freistellung (Mindestarbeitszeit 15 Std/Woche bis zu 24 Monate) für die Pflege eines nahen Angehörigen im häuslichen Umfeld
- Anspruch auf Rückkehr zum Arbeitszeitumfang
- Anspruch auf zinsloses Darlehen
- Kündigungsschutz im Zeitraum der Familienpflegezeit
- Kleinbetriebsklausel: Gilt nicht in Betrieben mit 25 oder weniger Beschäftigten

### Informationen zu den Inhalten:

- **Engere Verzahnung des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes:**  
Es besteht ein Anspruch auf Begleitung schwerstkranker Angehöriger in der letzten Lebensphase für maximal 3 Monate. In diesem Zeitraum kann ganz oder teilweise die Arbeitszeit reduziert werden. Eltern eines pflegebedürftigen minderjährigen Kindes (auch bei Betreuung in einer außerhäuslichen Einrichtung) haben einen Anspruch auf eine maximal 6-monatige vollständige bzw. teilweise Freistellung oder eine maximal 24-monatige teilweise Freistellung.
- **Rechtsanspruch auf Reduzierung der Arbeitszeit**  
Beschäftigten wird ermöglicht, in Teilzeit zu arbeiten und sich gleichzeitig um ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern. Die Gesamtdauer aller Freistellungsmöglichkeiten beträgt zusammen höchstens 24 Monate.
- **Pflegeunterstützungsgeld**  
Seit dem 01.01.2015 wird zu Beginn einer Pflegesituation für max. 10 Tage eine Lohnfortzahlung gewährt. Die Höhe orientiert sich am Kinderkrankengeld und beträgt 70% des Bruttogehaltes bzw. max. 90 % des Nettogehaltes. Die Leistung muss bei der Pflegekasse des zu Pflegenden unter Vorlage eines ärztlichen Attests beantragt werden.
- **Zinsloses Darlehen für Pflegezeit und Familienpflegezeit**  
Rechtsanspruch auf zinsloses Darlehen, um Lebensunterhalt besser abdecken zu können. Das Darlehen deckt bis zur Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab und wird monatlich ausgezahlt. Beantragung durch die Beschäftigten direkt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA). Rückzahlung nach dem Ende der Pflegezeit/Familienpflegezeit in Raten.
- **Erweiterung des Begriffs der „nahen Angehörigen“** um Stiefeltern, Schwäger/innen, lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften.
- **Kündigungsschutz**  
Der Kündigungsschutz gilt von der Ankündigung bis zum Ende der 10-tägigen Auszeit im Akutfall, der 6-monatigen Pflegezeit oder der 24-monatigen Familienpflegezeit.

Mehr Informationen finden Sie unter: <http://www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit.html>

## 5.4 Biografiebogen

Nach einem Unfall oder einer schweren Krankheit kann es passieren, dass man sich nicht mehr richtig mitteilen kann. Gerade dann ist es wichtig, bestimmte „Vorlieben“ zu kennen und dem Pflegepersonal mitgeben zu können. Zum Beispiel, dass ich Nachthemden bevorzuge und immer auf dem Rücken schlafe. Oder dass ich gerne herzhaft esse und Süßes nur in Maßen etc.

Für die Erfassung dieser Gewohnheiten und Vorlieben steht ein Muster für einen Biografiebogen zur Verfügung. Dieser basiert auf dem in der Pflege genutzten ABEDL-Modell (Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens) und ermöglicht eine bedürfnisorientierte, personenbezogene Pflege.

Beispiele als Ausfüllhilfe:

ABEDL	Vorlieben	Abneigungen	Gewohnheiten/ Möglichkeiten
<b>kommunizieren</b>	z. B. bevorzuge Ansprache mit Du		z. B. verstehe nur in Maßen Deutsch, Muttersprache: Türkisch
<b>sich bewegen</b>		z. B. gehe nicht gerne spazieren	
<b>vitale Funktionen</b>			z. B. hat am Morgen immer einen niedrigen Blutdruck
<b>sich pflegen</b>	z. B. dusche jeden Tag morgens	z. B. bade nicht gerne	z. B. benutze nie Rasierwasser
<b>essen und trinken</b>	z. B. esse gerne salzig, deftig		z. B. esse jeden Tag morgens einen Apfel, brauche morgens einen schwarzen Kaffee zum wach werden
<b>ausscheiden können</b>		z. B. keine Begleitperson erwünscht	z. B. Toilettengang morgens nach dem Frühstück, nach einer Zigarette
<b>sich kleiden</b>	z. B. trage am liebsten Röcke		z. B. trage auch im Winter Kurzarm
<b>ruhen und schlafen</b>	z. B. kann nur auf der rechten Seite einschlafen		z. B. schlafe immer bei gekippten Fenster, kleines, gedämpftes Licht muss anbleiben
<b>sich beschäftigen</b>	z. B. lese jeden Morgen die Zeitung	z. B. mag keine klassische Musik	z. B. schaue jeden Tag am Abend um 20 Uhr Nachrichten
<b>sich als Mann/Frau fühlen</b>	z. B. benutze immer roten Lippenstift von Dior	z. B. mag keine kurzen Haare	z. B. schminke mich jeden Morgen
<b>Sicherheit</b>			z. B. Angst im Dunkeln, schlafe bei Licht
<b>soziale Bereiche</b>	z. B. mag gerne Geselligkeit		z. B. bin Einzelgänger
<b>existenzielle Erfahrungen</b>		z. B. komme schlecht mit Konflikten klar	z. B. bin eher Konfliktvermeidend
<b>Umgang mit Tod</b>			z. B. habe keine Angst vor dem Tod, aber Sorge leiden zu müssen, Schmerzen zu haben

## Ausfüllbogen

<b>ABEDL</b>	<b>Vorlieben</b>	<b>Abneigungen</b>	<b>Gewohnheiten/ Möglichkeiten</b>
<b>kommunizieren</b>			
<b>sich bewegen</b>			
<b>vitale Funktionen</b>			
<b>sich pflegen</b>			
<b>essen und trinken</b>			
<b>ausscheiden können</b>			
<b>sich kleiden</b>			
<b>ruhen und schlafen</b>			
<b>sich beschäftigen</b>			
<b>sich als Mann/Frau fühlen</b>			
<b>Sicherheit</b>			
<b>soziale Bereiche</b>			
<b>existentielle Erfahrungen</b>			
<b>Umgang mit Tod</b>			

## 6. Vorsorge



6.1 Rente, Vorsorge, Lebensversicherungen

6.2 Dokumentencheckliste

## 6.1 Rente, Versorgung, Lebensversicherungen

### Deutsche Rentenversicherung:

Anschrift: ..... Telefon: .....  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....

### Zusatzversicherung / Lebensversicherung:

Versicherungsgesellschaft: ..... Telefon: .....  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....

Versicherungsgesellschaft: ..... Telefon: .....  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....

### Private Rentenversicherung:

Versicherungsgesellschaft: ..... Telefon: .....  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....

Versicherungsgesellschaft ..... Telefon: .....  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....

**Beamtenversorgung:**

Pension, festsetzende Behörde: ..... Telefon: .....  
.....  
Personalnummer / Aktenzeichen:  
.....

**Sterbegeldversicherung:**

.....  
Versicherungsgesellschaft / Telefon:  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....

**Sonstige:**

**Art der Versicherung:**

.....  
Versicherungsgesellschaft: ..... Telefon: .....  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....

**Art der Versicherung:**

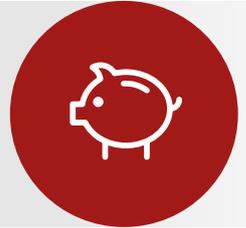
.....  
Versicherungsgesellschaft: ..... Telefon: .....  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....

**Art der Versicherung:**

.....  
Versicherungsgesellschaft: ..... Telefon: .....  
.....  
Versicherungsnummer:  
.....



## 7. Finanzen



7.1 Girokonten, Sparkonten, Wertpapiere

7.2 Verbindlichkeiten

7.3 Mitgliedschaften

7.4 Bestehende Verträge

7.5 Dokumentencheckliste

## 7.1 Girokonten, Sparkonten, Wertpapiere

### Girokonten:

Bank: IBAN:  
.....  
Bank: IBAN:  
.....

### Sparkonten:

Bank: IBAN:  
.....  
Bank: IBAN:  
.....

### Bausparvertrag:

angelegt bei: IBAN:  
.....

### Wertpapiere:

Bank: IBAN:  
.....  
Art der Wertpapiere:  
.....

### Sonstige Geldanlagen:

Bank: Vertragsnummer/IBAN:  
.....  
Art der Geldanlage:  
.....

## 7.2 Verbindlichkeiten

Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten, Verbindlichkeiten bei Privatpersonen/Firmen, Hinweise auf bestehende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, fällige Überweisungen und Ähnliches

Institut/ Person: ..... Betrag: .....

Art der Verbindlichkeit: .....

Institut/ Person: ..... Betrag: .....

Art der Verbindlichkeit: .....

Institut/ Person: ..... Betrag: .....

Art der Verbindlichkeit: .....

Institut/ Person: ..... Betrag: .....

Art der Verbindlichkeit: .....

Institut/ Person: ..... Betrag: .....

Art der Verbindlichkeit: .....

Weitere Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten, Verbindlichkeiten bei Privatpersonen/Firmen, Hinweise auf bestehende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, fällige Überweisungen und Ähnliches

Institut/Person: ..... Betrag: .....

Art der Verbindlichkeit: .....

### 7.3 Mitgliedschaften

Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Parteien oder Ähnlichem

Name des Vereins:	Mitgliedsnummer:
.....	.....
Höhe des Mitgliedsbeitrags:	Kündigungsfrist:
.....	.....
Bemerkungen:	
.....	

Name des Vereins:	Mitgliedsnummer:
.....	.....
Höhe des Mitgliedsbeitrags:	Kündigungsfrist:
.....	.....
Bemerkungen:	
.....	

Name des Vereins:	Mitgliedsnummer:
.....	.....
Höhe des Mitgliedsbeitrags:	Kündigungsfrist:
.....	.....
Bemerkungen:	
.....	

Name des Vereins:	Mitgliedsnummer:
.....	.....
Höhe des Mitgliedsbeitrags:	Kündigungsfrist:
.....	.....
Bemerkungen:	
.....	

## 7.4 Bestehende Verträge

Dazu gehören zum Beispiel Telefon, Internet, Zeitungsabonnements und Ähnliches

Vertragsart: ..... Rechnungsersteller: .....

Zahlungsweise: ..... Höhe des Rechnungsbetrages  
(wenn gleichbleibend): .....

Vertragsart: ..... Rechnungsersteller: .....

Zahlungsweise: ..... Höhe des Rechnungsbetrages  
(wenn gleichbleibend): .....

Vertragsart: ..... Rechnungsersteller: .....

Zahlungsweise: ..... Höhe des Rechnungsbetrages  
(wenn gleichbleibend): .....

Vertragsart: ..... Rechnungsersteller: .....

Zahlungsweise: ..... Höhe des Rechnungsbetrages  
(wenn gleichbleibend): .....

Vertragsart: ..... Rechnungsersteller: .....

Zahlungsweise: ..... Höhe des Rechnungsbetrages  
(wenn gleichbleibend): .....

## 7.5 Dokumentencheckliste Finanzen

	<b>vorhanden ja / nein</b>	<b>besorgen ja / nein</b>	<b>in dieser Mappe? ja / nein</b>	<b>anderer Aufbewahrungsort</b>
<b>Kredit-, Bankkarten</b>				
<b>Jahresdepotauszüge</b>				
<b>Unterlagen Girokonto</b>				
<b>Sparverträge</b>				
<b>Hypotheken</b>				
<b>Kredit- und Darlehensverträge</b>				
<b>Sparbücher</b>				
<b>Wertpapiere</b>				
<b>Verbindlichkeiten</b>				
<b>Daueraufträge</b>				
<b>Einzugsermächtigungen</b>				
<b>Mitgliedsausweise</b>				
<b>Steuernummer</b>				
<b>Unterlagen Steuererklärung</b>				

## 8. Wohnen und Eigentum



8.1 Mietobjekte

8.2 Haus/Immobilien

8.3 Vermietung

8.4 Energieversorgung / Grundsteuer

8.5 Dokumentencheckliste

## 8.1 Mietobjekte

Adresse Mietobjekt:

.....

Name der Vermieterin / des Vermieters:

Telefon:

.....

.....

Adresse:

Kündigungsfrist:

.....

.....

.....

Adresse Mietobjekt:

.....

Name der Vermieterin / des Vermieters:

Telefon:

.....

.....

Adresse:

Kündigungsfrist:

.....

.....

.....

## 8.2 Immobilien

Adresse Objekt:

.....

Grundsteueramt:

Steuernummer:

.....

.....

Adresse Objekt:

.....

Grundsteueramt:

Steuernummer:

.....

.....

Adresse Objekt:

.....

Grundsteueramt:

Steuernummer:

.....

.....

### 8.3 Vermietung

Adresse Objekt:

.....

Mieterin / Mieter:

Telefon:

.....

Mietvertrag vom:

Kündigungsfrist:

.....

Kaution: .....

.....

Adresse Objekt:

.....

Mieterin / Mieter:

Telefon:

.....

Mietvertrag vom:

Kündigungsfrist:

.....

Kaution: .....

.....

Adresse Objekt:

.....

Mieter / Mieterin:

Telefon:

.....

Mietvertrag vom:

Kündigungsfrist:

.....

Kaution: .....

.....

Adresse Objekt:

.....

Mieterin / Mieter:

Telefon:

.....

Mietvertrag vom:

Kündigungsfrist:

.....

Kaution: .....

.....

## 8.4 Energieversorgung / Grundsteuer

### Strom:

Versorger:

Telefon:

.....

Vertragsnummer:

.....

### Gas:

Versorger:

Telefon:

.....

Vertragsnummer:

.....

### Wasser:

Versorger:

Telefon:

.....

Vertragsnummer:

.....

### Grundsteuer:

Verwaltung:

Telefon:

.....

Kassenzeichen:

.....

### Sonstige Abgaben (Hundesteuer, Abfallbeseitigung, Straßenreinigungsgebühr):

Verwaltung:

Telefon:

.....

Kassenzeichen:

.....



## 9. Versicherungen



9.1 Versicherung für Haus und Wohnung

9.2 Unfallversicherung

9.3 Haftpflichtversicherung

9.4 Rechtsschutzversicherung

9.5 Weitere Versicherungen

9.6 Dokumentencheckliste

## 9.1 Versicherungen für Haus und Wohnung

### Gebäudeversicherung:

Versicherungsgesellschaft: .....

Telefon: .....

Versicherungsscheinnummer: .....

### Glasbruchversicherung:

Versicherungsgesellschaft: .....

Telefon: .....

Versicherungsscheinnummer: .....

### Hausratversicherung:

Versicherungsgesellschaft: .....

Telefon: .....

Versicherungsscheinnummer: .....

### Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung:

Versicherungsgesellschaft: .....

Telefon: .....

Versicherungsscheinnummer: .....

## 9.2 Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft: .....

Telefon: .....

Versicherungsscheinnummer: .....

### 9.3 Haftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

.....

.....

Versicherungsscheinnummer:

.....

### 9.4 Rechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

.....

.....

Versicherungsscheinnummer:

.....

### 9.5 Weitere Versicherungen

Art der Versicherung:

.....

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

.....

.....

Versicherungsscheinnummer:

.....

Art der Versicherung:

.....

Versicherungsgesellschaft:

Telefon:

.....

.....

Versicherungsscheinnummer:

.....



## 10. Kraftfahrzeuge



10.1 Fahrzeuge

10.2 Kraftfahrzeugversicherungen

10.3 Dokumentencheckliste

## 10.1 Fahrzeuge

Fahrzeugart:

Amtliches Kennzeichen:

.....

Regelmäßiger Standort:

.....

Angaben zu Finanzierung/Leasing:

.....

Fahrzeugart:

Amtliches Kennzeichen:

.....

Regelmäßiger Standort:

.....

Angaben zu Finanzierung/Leasing:

.....

Fahrzeugart:

Amtliches Kennzeichen:

.....

Regelmäßiger Standort:

.....

Angaben zu Finanzierung/Leasing:

.....

Fahrzeugart:

Amtliches Kennzeichen:

.....

Regelmäßiger Standort:

.....

Angaben zu Finanzierung/Leasing:

.....

## 10.2 Kraftfahrzeugversicherungen

Fahrzeug:	Amtliches Kennzeichen:
.....	.....
Versicherung:	Versicherungsnummer:
.....	.....
Teilkasko: Ja    Nein	
Selbstbeteiligung: .....	
Vollkasko: Ja    Nein	
Selbstbeteiligung: .....	
Versicherungsanschrift: .....	

Fahrzeug:	Amtliches Kennzeichen:
.....	.....
Versicherung:	Versicherungsnummer:
.....	.....
Teilkasko: Ja    Nein	
Selbstbeteiligung: .....	
Vollkasko: Ja    Nein	
Selbstbeteiligung: .....	
Versicherungsanschrift: .....	

Fahrzeug:	Amtliches Kennzeichen:
.....	.....
Versicherung:	Versicherungsnummer:
.....	.....
Teilkasko: Ja    Nein	
Selbstbeteiligung: .....	
Vollkasko: Ja    Nein	
Selbstbeteiligung: .....	
Versicherungsanschrift: .....	



## 11. Todesfall



11.1 Informationsblatt für den Todesfall

11.2 Checkliste für den Todesfall

11.3 Gestaltung der Bestattung

## 11.1 Infoblatt für den Todesfall

### **Totenschein**

Der Tod muss durch den Haus- oder Notärztin/Notarzt schriftlich bestätigt werden. Stirbt eine Person in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Altenheim mit öffentlich-rechtlichem Träger), übernimmt die Verwaltung die behördliche Anzeige des Todes.

### **Sterbeurkunde**

Der Totenschein wird für die Ausstellung der Sterbeurkunde durch das Standesamt des Sterbeortes benötigt. Die Sterbeurkunde ist notwendig für alle mit der Bestattung zusammenhängenden Organisationen sowie die Nachlassabwicklung.

### **Bestattungsunternehmen**

Die Angehörigen müssen ein Bestattungsunternehmen beauftragen. Dieses holt die verstorbene Person ab und bereitet sie für die Bestattung vor. Ebenfalls bietet es Hilfe bei der Erledigung sämtlicher Formalitäten bei amtlichen und geistlichen Stellen an. Hat die verstorbene Person keine Angehörigen, veranlasst das Sozialamt des Sterbeortes eine schlichte Bestattung.

### **Bestattungstermin**

Die Absprache erfolgt mit der Friedhofsverwaltung, die auch zuständig für die Verwaltung der Grabnutzungsrechte ist. Diese müssen entweder neu beantragt werden oder bei einem Familiengrab verlängert werden. Ebenfalls müssen die Benutzung der Trauerhalle und (bei Feuerbestattung) des Krematoriums beantragt werden.

### **Sonderregelungen Feuerbestattung**

Vor einer Einäscherung ist eine nochmalige ärztliche Untersuchung vorgeschrieben. Urnen dürfen in Deutschland nur in einer Grabstelle (Erdgrab) beigesetzt werden (gesetzlicher Friedhofzwang). Eine Sonderform ist die Seebestattung durch Versenken der Urne auf offener See. Dabei muss die Befreiung vom Friedhofzwang beantragt werden.

### **Trauerrednerin/Trauerredner**

In den meisten Fällen hält eine Geistliche/ein Geistlicher die Trauerrede. Alternativ kann über das Bestattungsinstitut auch eine Trauerrednerin/ein Trauerredner vermittelt werden.

### **Erbschein**

Der Erbschein ermöglicht die Konten- und Verfügungsverfügungen der/des Verstorbenen. Der Erbschein wird mit dem Totenschein und dem gültigen Testament beim örtlichen Nachlassgericht (Amtsgericht) beantragt. Mehrere Ausfertigungen für unterschiedliche Institutionen sind zu empfehlen (Banken, Versicherungen).

### **Testament**

Es gibt zwei Formen:

- das eigenhändige Testament in Form einer handschriftlich verfassten Willenserklärung mit vollständigem Namen, Ort und Datum
- das öffentliche Testament (notariell verfasst)

Existiert kein gültiges Testament, gilt die gesetzliche Erbfolge.

Aufbewahrungsort des Testaments:

.....

## 11.2 Checkliste für den Todesfall

Ein Trauerfall fordert die gesamte emotionale, seelische und körperliche Kraft und gleichzeitig muss viel erledigt und organisiert werden. Hier ein paar notwendige Informationen:

### Unmittelbar nach Eintreten des Todes

- Ärztin/Arzt verständigen, um den Tod offiziell festzustellen (Totenschein wird ausgestellt)
- Benachrichtigung der engsten Angehörigen und Besprechung weiterer Schritte
- Wichtige Unterlagen suchen (Personalausweis, Geburtsurkunde, Heiratsurkunde)
- Verträge und Verfügungen der/des Verstorbenen suchen und entsprechend handeln (z. B. Testament, Vorsorgevertrag mit Bestattungsinstitut, Organspende, Willenserklärung zur Feuerbestattung)

### Die nächsten Schritte

- Wohnung versorgen (Haustiere und Pflanzen)
- Bestattungsinstitut auswählen
- Auswahl des Sarges, der Urne, der Totenbekleidung, Umfang der Trauerfeier und Ähnliches
- Abholung der verstorbenen Person durch das Bestattungsinstitut
- Sterbefall beim Standesamt melden und Sterbeurkunde ausstellen lassen
- Erbschein beim Nachlassgericht beantragen
- Arbeitgeber der verstorbenen Person verständigen; Bekannte und Verwandte kontaktieren
- Information an Versicherungen (z. B. Lebens- und ggf. Unfallversicherung), Rentenkasse, Krankenkasse, Behörden, Ämter usw.
- Hinterbliebenenrente beantragen
- Glaubensgemeinschaft benachrichtigen, falls geistlicher Beistand erwünscht ist

### Bis zur Bestattung

- Bestattungsform bestimmen und entsprechenden Ort auswählen
- Termin für Bestattung mit der Grabstättenverwaltung festlegen
- Genehmigung des Krematoriums einholen (nur bei Feuerbestattungen)
- Terminabsprache und Trauergespräch mit Vertreterin/Vertreter der Glaubensgemeinschaft oder Trauerrednerin/Trauerredner
- Aufsetzen einer Todesanzeige und Versenden der Trauerkarten
- Organisation der Trauerfeier

### Nach der Bestattung

- Danksagungskarten/-anzeige
- Laufende Zahlungen abrechnen und Verträge kündigen
- Räumung der Wohnung
- Nach Erhalt des Erbscheins ggf. Testament eröffnen lassen

## 11.3 Gestaltung der Bestattung

Art der Bestattung:

.....

Einkleidung meines Körpers:

.....

Sarg, Sargausstattung, Urne oder Sonstiges:

.....

Trauerfeier, Ort:

.....

Trauerrednerin / Trauerredner:

.....

Musik zur Trauerfeier:

.....

Besondere Wünsche:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liste zur Versendung von Trauerkarten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Notizen



Mai 2017  
4. Auflage

Herausgeber und Redaktion:  
berufundfamilie Service GmbH  
Hochstraße 49  
D-60313 Frankfurt am Main  
Tel.: 069 7171333-0  
E-Mail: [kundenbetreuung@berufundfamilie.de](mailto:kundenbetreuung@berufundfamilie.de)  
[www.berufundfamilie.de](http://www.berufundfamilie.de)



**#personalbewusst**

---

Die erfolgten Angaben sind unverbindlich und dienen lediglich zu Informationszwecken. Die Inhalte stellen zudem keine Rechtsberatung dar und ersetzen diese auch nicht. Haftungsansprüche gegen die berufundfamilie Service GmbH, die durch die Nutzung der in der Publikation enthaltenen Informationen verursacht werden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

