

Bitte die Mappe möglichst neben das Telefon legen!

Notfallmappe

Name

Vorname

**> Bitte im Notfall sofort die Betreuungsperson
verständigen!**

Ich habe eine **Vorsorgevollmacht** ja nein

Wo ist die Vollmacht hinterlegt:

Ich habe eine **Patientenverfügung** ja nein

Wo ist die Patientenverfügung hinterlegt:

Ich habe eine/n **amtlich bestellte/n Betreuer/in** ja nein

.....
Name

Vorname

.....
Anschrift

.....
Tel

Handy

E-mail

Hausarzt

.....
Name des Arztes

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ , Wohnort

.....
Telefon

.....
Handy

Weitere Ärzte

.....
Name des Arztes

.....
Telefon

.....
Name des Arztes

.....
Telefon

.....
Name des Arztes

.....
Telefon

Apotheke

.....
Name der Apotheke

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Handy

Krankenversicherung

Name der Versicherung:

Telefon:

Nr. der Versichertenkarte:

Wo befindet sich die Versichertenkarte

Medikamente

Bitte diese beiden Seiten (Seite 4 und 5) mit dem Hausarzt ausfüllen!

Bitte in regelmäßigen Abständen aktualisieren!

Name des Medikamentes	Einnahmezeit			

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar ect.)

.....

Nachweis von Impfungen

Impfbuch vorhanden

ja

nein

Wo befindet sich das Impfbuch

Allergien

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

Herzschrittmacher – künstliche Gelenke etc.

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

Organspenden

Organspenderausweis vorhanden

ja

nein

Wo befindet sich der Ausweis?

.....

Burgpreppach,

.....
Unterschrift

Wichtige Rufnummern

Feuerwehr	Notruf: 112
Notarzt	Notruf 112
Rettungsdienst	Notruf 112
Polizei, Überfall	Notruf 110
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116 117
Arztpraxis Dr Stieglitz	09534-648
Apotheke Burgpreppach	09534-92210
Verwaltungsgemeinschaft	09523-9229-0
Pfarramt Katholisch:	09523-384
Pfarramt evangelisch:	09534-254
Apothekenotdienst:	09531-8074
Gift-Notdienst:	089-19240
Seelsorgenotdienst:	0800-1110111
EC-Kartenensperrung:	116 116

Vorschlag für

Vorbereitende Maßnahmen bei Krankenhauseinweisung

- bei Anforderung des Krankentransportes **genaue** Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleine Möbel, Tische, Stühle wegräumen)
- Krankenversichertenkarte und Personalausweis bereithalten
- ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung bereithalten
- falls erforderlich: Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe zurechtlegen
- einen aktuellen Plan der bisher einzunehmenden Medikamente erstellen
- gepackter Notfallkoffer sollte bereitstehen, der mindestens enthält: Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe, Toilettenartikel
- **mitnehmen:**
 - Geld (nur geringer Betrag)
 - Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen (vorher erstellen)
 - evtl. Hausschlüssel (Alleinstehende)
- ggf. Pflegedienst und Nachbarn informieren

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

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

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor.

Name:
.....

Geburtsdatum:
.....

Straße:
.....

Wohnort:
.....

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name:
.....

Geburtsdatum:
.....

Straße:
.....

Wohnort:
.....

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

Name:

.....

Geburtsdatum:

.....

Straße:

.....

Wohnort:

.....

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.

2.

3.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,

geboren am:

wohnhaft in:

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

(Zutreffendes habe ich hier
angekreuzt bzw. unten

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(beigefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

- Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess 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 äußerst unwahrscheinlich ist.

➤

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

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

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

- Ich wünsche eine Begleitung
 - durch Hospizdienst.....
 - durch Seelsorge
 - durch.....

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

3. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.

- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

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

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)

- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

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

Bevollmächtigte(r)

Name:

.....

Anschrift:

.....

Telefon:

.....

Telefax:

.....

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ja Nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

VOLLMACHT

Ich,

.....(Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

erteile hiermit Vollmacht an

.....
(Name, Vorname)

.....(Bevollmächtigte/r,
Vertrauensperson)

(Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge/ Pflegebedürftigkeit

Ja Nein

- κ Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil (-) stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.
- κ Sie darf insbesondere in sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs.1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- κ 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.
- κ Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Ja Nein

- κ Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Post und Fernmeldeverkehr

Ja Nein

- κ 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.

Behörden

Ja Nein

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

Vermögenssorge

Ja Nein

- κ Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
 - die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung wahrnehmen
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
 - Verbindlichkeiten eingehen
 - mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen
 - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

(Achtung: Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

Betreuungsverfügung

Ja Nein

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

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)