



# Notfallmappe

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---



Aiterhofen



Feldkirchen



Irlbach



Leiblfing



Oberschneiding



Salching



Straßkirchen

# VORWORT

Wer klug ist, sorgt vor  
–  
so sagt der Volksmund.

Deshalb sollten Sie in jeder Lebenslage sicher sein können, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird. Mit klaren Handlungsanweisungen und allen nötigen Informationen.

In dieser Mappe finden Sie wichtige Informationen für den Notfall. Beigelegt sind auch Vordrucke, auf denen Sie, Ihr Hausarzt oder ein ambulanter Pflegedienst regelmäßig erforderliche Medikamente, Allergien oder Notizen eintragen können. Machen Sie von diesem Angebot Gebrauch.

Erneuern Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie diese Mappe leicht erreichbar, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihren persönlichen Unterlagen auf und weisen Sie Ihre nächsten Angehörigen auf diese Mappe hin. Weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf die Möglichkeit einer Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Menschen, sondern auch für jüngere Sinn macht.

Wir hoffen, Ihnen hiermit das Gefühl zu geben, einige wichtige Dinge besser geregelt zu haben und wünschen Ihnen, dass Sie gesund bleiben und Ihre persönliche Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommt.

## Alles Gute wünschen Ihnen:

Gemeinde Aiterhofen



Manfred Krä  
Erster Bürgermeister

Gemeinde Feldkirchen



Barbara Unger  
Erste Bürgermeisterin

Gemeinde Straßkirchen



Dr. Christian Hirtreiter  
Erster Bürgermeister



Gemeinde Irlbach



Peter Bauer  
Erster Bürgermeister

Gemeinde Salching



Alfons Neumeier  
Erster Bürgermeister

Gemeinde Oberschneiding



Ewald Seifert  
Erster Bürgermeister

Gemeinde Leiblfing



Wolfgang Frank  
Erster Bürgermeister

## PERSÖNLICHE DATEN:

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum, Geburtsort

.....  
Straße, Hs.Nr., PLZ, Wohnort

.....  
Telefon, Handy

.....  
Blutgruppe

## IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN:

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum, Geburtsort

.....  
Straße, Hs.Nr., PLZ, Wohnort

.....  
Telefon, Handy

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum, Geburtsort

.....  
Straße, Hs.Nr., PLZ, Wohnort

.....  
Telefon, Handy

## HAUSARZT

.....  
Name des Arztes

.....  
Straße, Hs.Nr., PLZ, Ort

.....  
Telefon, Handy

## APOTHEKE

.....  
Name der Apotheke

.....  
Straße, Hs.Nr., PLZ, Ort

.....  
Telefon

## ZUSATZVERSICHERUNG

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

## WICHTIGE RUFNUMMERN

ärztlicher Sonntagsdienst	.....
ärztlicher Bereitschaftsdienst	116 117
Nacht- und Notdienst Apotheken	22833
Feuerwehr Notruf	112
Rettungsdienst Notruf	112
Polizei, Überfall Notruf	110

Gemeindeverwaltung .....

ambulanter Pflegedienst .....

Pfarramt: evangelisch .....

Katholisch .....

EC- Kartensperrung 116 116

.....

.....

## KRANKENVERSICHERUNG

Name der Versicherung: .....

Tel. Nr.: .....

Nr. der Versicherungskarte: .....

Versicherungskarte befindet sich: .....

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

-ambulant-

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name/Ort des Arztes

## FACHÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

-ambulant-

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name/Ort des Arztes

## KLINISCHE BEHANDLUNGEN

-stationär-

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name/Ort des Krankenhauses

## ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name/Ort des Krankenhauses

## MEDIKAMENTE

Name des Medikaments	Einnahmezeit			

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.).....

.....

## NACHWEIS VON IMPFUNGEN

Impfbuch vorhanden? ja  nein

.....

## ALLERGIEN

.....

.....

## SONSTIGES

(Herzschrittmacher, künstliche Gelenke,...) .....

.....

## ORGANSPENDEN

Organspendenausweis vorhanden ja  nein

Organspendenausweis befindet sich .....

# VERSICHERUNGEN

(Angaben ergänzen und regelmäßig aktualisieren)

**Sterbegeldversicherung:** ja  nein

Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

**Lebensversicherung:** ja  nein

1. Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

2. Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

3. Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

**Unfallversicherung:** ja  nein

Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....



**Privathaftpflichtversicherung:** ja             nein

Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

**Hausratversicherung:**    ja             nein

Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

**Kfz-Versicherung:**            ja             nein

Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

**Gebäudeversicherung:**    ja             nein

Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

**Feuerversicherung:** ja  nein

Name der Versicherung: .....

örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: .....

.....

Versicherungsnummer: .....

**Weitere Versicherungen** (z.B. Pflegeversicherung, Rechtsschutzversicherung.....):

.....

.....

.....

## **VERMÖGENSAUFSTELLUNG / VERBINDLICHKEITEN**

**Grundbesitz:** ja  nein

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/ Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich: .....

.....

**Girokonten:** ja  nein

Girokonto-Nr. ....

bei der Bank .....

außer mir ist verfügungsberechtigt: .....

**Sparkonten:** ja  nein

1. Sparbuch/ Konto-Nr. ....

bei der Bank .....

außer mir ist verfügungsberechtigt: .....

Das Sparbuch befindet sich: .....

2. Sparbuch/ Konto-Nr. ....

bei der Bank .....

außer mir ist verfügungsberechtigt: .....

Das Sparbuch befindet sich: .....

**Weitere Konten:** ja  nein

bei Bank.....Konto-Nr.....Kontoart.....

bei Bank.....Konto-Nr.....Kontoart.....

**Bausparvertrag:** ja  nein

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

Die Unterlagen befinden sich: .....

**Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände:** ja  nein

.....  
.....

**Vollmachten:** ja  nein

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

.....  
bei Bank.....Konto-Nr.....  
bei Bank.....Konto-Nr.....

Die Vollmacht befindet sich: .....

**Verbindlichkeiten:** ja  nein

Darlehensgeber	Betrag	Fälligkeit	Tilgung

Die Unterlagen befinden sich: .....

Mein Testament ist hinterlegt bei .....

.....

# RENTEN

**Altersrente:** ja  nein

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

**Betriebs-/ Zusatzrente:** ja  nein

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

**Witwen-/ Witwerrente:** ja  nein

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

**Pension:** ja  nein

Versorgungsträger: .....

**Private Rentenversicherung und Riesterrente:** ja  nein

Versicherungsträger: .....

Versicherungsnummer: .....

**Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen:**

.....

.....

**Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert:**

.....

.....

## VORBEREITENDE MAßNAHMEN FÜR EINE KRANKENHAUSEINWEISUNG

- bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrts-  
weges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen  
(kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis
- Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere,.....)
- gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

# VORSORGEVOLLMACHT

Viel zu wenige Menschen in Deutschland denken daran, Vorsorge für weniger gute Zeiten zu treffen - nämlich für den Fall, dass sie infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst wie gewohnt regeln können. Deshalb sollte sich jeder auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für ihn treffen soll, wenn er selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr hierzu in der Lage ist, und wie seine Wünsche und Vorstellungen Beachtung finden können.

Diese Frage wird leider von vielen verdrängt oder auf „später“ hinausgeschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und darauf angewiesen zu sein, dass ein anderer für ihn spricht. Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Vormundschaftsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen. Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden. Bundesweit werden derzeit weit mehr als 1 Million Betreuungen geführt.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er unbeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich ein Betreuer nicht bestellt werden.

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

Es besteht auch die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt amtlich beglaubigen zu lassen. Empfohlen wird die Beurkundung bei einem Notar.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht.

Ich habe Herrn/Frau .....

Anschrift ..... bevollmächtigt.

Die Vorsorgevollmacht befindet sich .....

.....

## VOLLMACHT

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

.....  
Adresse, Telefon, Telefax

### erteile hiermit Vollmacht an

.....(bevollmächtigte Person)  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.**

**Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.**

### Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ja  nein   
ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)  
stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung  
festgelegten Willen durchzusetzen.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung ja  nein   
des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche  
Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden  
sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden  
gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB) \*)
- Sie darf insbesondere eine Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur ja  nein   
Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und  
ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die  
Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden  
sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden  
gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie  
darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden  
lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. \*)
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte ja  nein   
bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und  
nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten  
Vertrauensperson von der Schweigepflicht.



- 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.\*\*\*) ja  nein
- Andere Bestimmungen ..... ja  nein

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja  nein
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. ja  nein
- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen. ja  nein
- Andere Bestimmungen ..... ja  nein

Behörden

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

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

.....  
 .....

Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post - auch mit dem Service „eigenhändig“ - entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ja  nein

Vertretung vor Gericht

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

Geltung über den Tod hinaus

Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fort gilt. ja  nein

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung (rechtliche Betreuung) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer/in zu bestellen. ja  nein

Weitere Regelungen

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Vollmachtgeberin/ des Vollmachtgebers

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Vollmachtnehmerin/ des Vollmachtnehmers

\*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn nicht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

\*\*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB).

# PATIENTENVERFÜGUNG

Insbesondere in der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die Anderen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlung, künstliche Ernährung o.ä. begonnen bzw. fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder wenigstens nur Besserung besteht? Dies sind schwierige Fragen, über die sich jeder vorausschauend und abwägend eine Meinung bilden sollte. Wer sich dem nicht stellt, muss wissen, dass im Ernstfall andere für ihn entscheiden und hierbei mühsam versuchen werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln.

Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer Patientenverfügung. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden. Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt zu besprechen. Empfohlen wird die Beurkundung bei einem Notar.

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung.

Die Patientenverfügung befindet sich .....

.....

## PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, .....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in: .....

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

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

Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, ja  nein   
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 in seltensten Fällen gewisse Fähigkeiten zu  
Wahrnehmungen oder Empfindungen erhalten sein können und  
dass ein Aufwachen aus solchem Zustand niemals mit letzter  
Sicherheit ausgeschlossen werden kann, allerdings äußerst  
unwahrscheinlich ist.

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich ja  nein   
verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare  
Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.

Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbau- ja  nein   
prozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder  
Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit  
auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

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

Gegen Wiederbelebungsmaßnahmen (Reanimation) bin ich nicht grundsätzlich  
eingestellt, insbesondere wenn ich aus relativer Gesundheit heraus das Bewusstsein  
verliere und einen Herzstillstand erleide. Reanimationsmaßnahmen sind zu  
unterlassen bzw. einzustellen bei schwerer oder lang andauernder Krankheit  
insbesondere wenn keine Aussicht auf Heilung besteht.

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. ja  nein

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

Keine Wiederbelebungsmaßnahmen. ja  nein

**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). ja  nein

Keine Flüssigkeitsabgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung). ja  nein

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

3. Ich wünsche eine Begleitung

durch Hospizdienst .....

durch Seelsorge .....

durch .....

Raum für persönliche Wünsche und Anmerkungen:

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

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

ja             nein

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

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 .....

---

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein um meinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln, soll folgender/ n Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name	Anschrift	Telefon

Folgende Personen sollen nicht zu Rate gezogen werden:

Name	Anschrift	Telefon

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

Ort	Datum	Unterschrift

Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit der Verfügung.

Ärzte/Ärztinnen meines Vertrauens (Angabe nur zur Information):

Name	Anschrift	Telefon

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

Name	Anschrift	Telefon

Eine Beratung ist nicht rechtlich vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber verdeutlichen, dass Sie Ihre Vorstellungen ernsthaft zum Ausdruck gebracht haben und sich der Bedeutung und Folgen Ihrer Verfügung bewusst sind.



## CHECKLISTE „ERSTE SCHRITTE BEI EINEM TODESFALL“

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

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung
4. Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung, Reihen- oder Familiengrab
5. Spätestens am dritten auf den Tod folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt Gäuboden (Tel.: 09421/9969-0) **oder** beim Standesamt des Sterbeortes beantragen. Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
  - Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
  - Todesbescheinigung
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
  - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
  - evtl. Scheidungsurteil wenn nicht wieder verheiratet.
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes festgelegt und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden - Sterbeurkunde beilegen
9. Mitteilung an Bank über Todesfall - Sterbeurkunde beilegen
10. schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen einschl. Versorgungs- und Rententräger bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben - Sterbeurkunde beilegen
11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ ...) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
13. Witwen-/ Witwerrente beantragen - bei der Gemeinde Oberschneiding (Tel. 09426/8504-32)

## ILE Gäuboden - Integrierte ländliche Entwicklung



Am 30. März 2012 haben sich die Gemeinden Aiterhofen, Feldkirchen, Irlbach, Leiblfing, Oberschneiding, Salching und Straßkirchen zur Stärkung des ländlichen Raumes zur „ILE Gäuboden“ (integrierte ländliche Entwicklung) zusammengeschlossen.

Ein Teil dieses Konzeptes ist die interkommunale Zusammenarbeit auf der Verwaltungsebene und bei den Bauhöfen. In diesen Bereichen wurde zunächst vereinbart, dass zwischen den Gemeinden Aiterhofen, Irlbach, Leiblfing, Oberschneiding, Salching und Straßkirchen auf vier Tätigkeitsfeldern die Arbeiten zentralisiert werden sollen.

Es handelt sich dabei um die Bereiche Standesamt, Bauhoforganisation und verkehrssicherungsrechtliche Kontrollaufgaben, Rentenangelegenheiten und Personalverwaltung. Als erster Schritt wurde für das Gebiet dieser Gemeinden ein neuer Standesamtsbezirk mit der Bezeichnung „Standesamt Gäuboden“ gegründet. Das Standesamt wurde bei der Verwaltungsgemeinschaft Aiterhofen eingerichtet und übernimmt seit 1. Januar 2013 die standesamtlichen Aufgaben. Ebenfalls zum Jahresbeginn 2013 wurden die Personalverwaltungen bei der Verwaltungsgemeinschaft Straßkirchen zentralisiert, sodass nun die 6 Gemeinden ihre Personalangelegenheiten bei der Verwaltungsgemeinschaft Straßkirchen erledigen lassen.

Die Bauhoforganisation und verkehrssicherungsrechtliche Kontrollaufgaben übernimmt seit 1. Januar 2013 die Gemeinde Leiblfing. Die gemeindlichen Aufgaben aus dem Bereich Rentenversicherung werden seit 01.04.2013 zentral bei der Gemeindeverwaltung Oberschneiding erledigt. Neben den o.g. Tätigkeitsfeldern wurde zudem in der Gemeinde Leiblfing noch eine zentrale Steuerveranlagungsstelle für die VG Aiterhofen, die VG Straßkirchen und die Gemeinde Leiblfing eingerichtet. Hier werden seit 01.06.2015 die Realsteuern, die Hundesteuer, sowie die Kanalbenutzungsgebühren veranlagt.

Soweit durch die Zentralisierung für die Bürger längere Wege entstehen, wurden zentrale Standorte wie die Gemeinde Aiterhofen bzw. die Gemeinde Oberschneiding gewählt. Trauungen können nach wie vor in den jeweiligen Gemeinden durch die zu Trauungsstandesbeamten bestellten Bürgermeister vorgenommen werden. Im Bereich Rentenversicherung werden auch in den anderen Gemeindeverwaltungen Sprechstage (mit vorheriger Terminvereinbarung) angeboten. Damit soll ermöglicht werden, dass vor allem ältere Menschen wohnortnah betreut werden können. Somit wird trotz der Zentralisierung auch eine gewisse Bürgernähe beibehalten.

Das Ziel dieser Interkommunalen Zusammenarbeit soll sein, die Aufgaben noch qualifizierter und effektiver zu bewältigen, den Service und die Qualität für unsere Bürger zu verbessern und langfristig die Erledigung der Aufgaben wirtschaftlicher zu gestalten.

## KONTAKT ZU DEN GEMEINDEVERWALTUNGEN

### Gemeinde Aiterhofen



Straubinger Straße 4  
94330 Aiterhofen  
Tel.: 09421 9969-0  
Fax: 09421 9969-25  
E-Mail: [vorzimmer@aiterhofen.de](mailto:vorzimmer@aiterhofen.de)  
[www.aiterhofen.de](http://www.aiterhofen.de)

### Gemeinde Feldkirchen



Hauptstr. 29  
94351 Feldkirchen  
Tel.: 09420 8402-0  
Fax: 09420 8402-23  
E-Mail: [info@feldkirchen-gemeinde.de](mailto:info@feldkirchen-gemeinde.de)  
[www.feldkirchen-gemeinde.de](http://www.feldkirchen-gemeinde.de)

### Gemeinde Irlbach



Lindenstr. 1  
94342 Straßkirchen  
Tel.: 09424 9424-0  
Fax: 09424 9424-29  
E-Mail: [info@straßkirchen.de](mailto:info@straßkirchen.de)  
[www.irlbach.de](http://www.irlbach.de)

### Gemeinde Leiblfig



Schulstr. 6  
94339 Leiblfig  
Tel.: 09427 9503-0  
Fax: 09427 9503-33  
E-Mail: [info@leiblfig.bayern.de](mailto:info@leiblfig.bayern.de)  
[www.leiblfig.de](http://www.leiblfig.de)

### Gemeinde Oberschneiding



Pfarrer-Handwercher-Platz 4  
94363 Oberschneiding  
Tel.: 09426 8504-0  
Fax: 09426 8504-33  
E-Mail: [info@oberschneiding.de](mailto:info@oberschneiding.de)  
[www.oberschneiding.de](http://www.oberschneiding.de)

### Gemeinde Salching

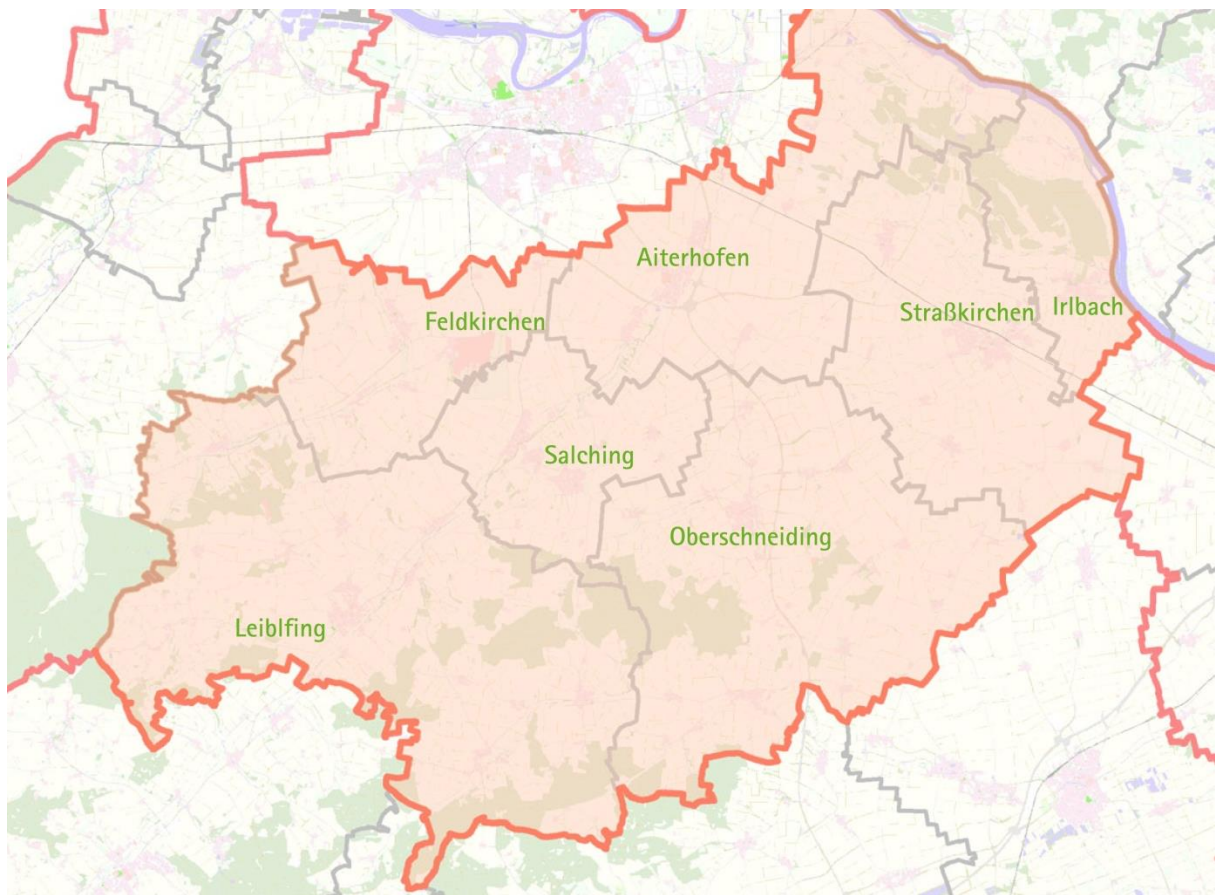


Straubinger Straße 4 / Schulstr. 2  
94330 Aiterhofen / 94330 Salching  
Tel.: 09421 9969-0 / 09426 381  
Fax.: 09421 9969-25  
E-Mail: [vorzimmer@aiterhofen.de](mailto:vorzimmer@aiterhofen.de)  
[www.salching.de](http://www.salching.de)

### Gemeinde Straßkirchen



Lindenstr. 1  
94342 Straßkirchen  
Tel.: 09424 9424-0  
Fax: 09424 9424-29  
E-Mail: [info@straßkirchen.de](mailto:info@straßkirchen.de)  
[www.strasskirchen.de](http://www.strasskirchen.de)



**Webseite: [www.ile-gäuboden.de](http://www.ile-gäuboden.de)**