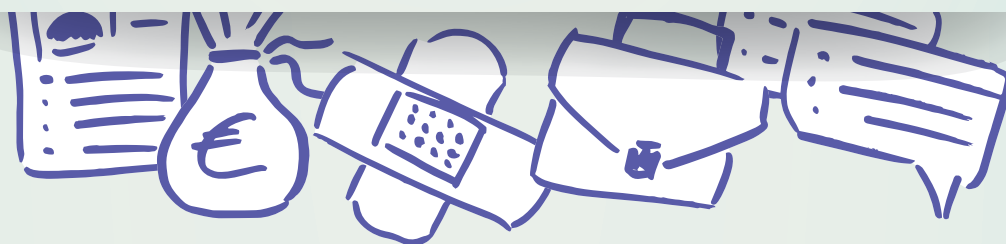




WICHTIG-MAPPE

Gut sortiert. In allen Lebenslagen.



von:

HESSEN



Hessisches Ministerium
für Familie, Senioren, Sport,
Gesundheit und Pflege



Rufnummern für Notfälle

Alle angegebenen Nummern sind kostenlos!

Polizeilicher Notruf	110
Feuerwehr, Rettungsdienst	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116 117
Gift-Notruf	06131 - 19240
Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“	08000 - 116 016
Sperr-Notruf (EC-Karte, SIM-Karte, etc.)	116 116
Nummer gegen Kummer	
Für Jugendliche	116 111
Vermisste Kinder	116 000
Notfallseelsorge	
Für Kinder/Jugendliche	0800 - 111 0 333
Für Eltern/Erziehungsberechtigte	0800 - 111 0 550





Persönliche Daten

Seite 4

Bitte tragen Sie auf diesen Seiten persönliche, familiäre und berufliche Daten ein.



Gesundheit und Krankheit

Seite 14

Diese Seiten sind für medizinische Angaben, Daten zu Ihrer Krankheitsgeschichte und zu Ihren Ärztinnen und Ärzten gedacht.



Vorsorge

Seite 25

Hier können Sie die wichtigsten Daten zu Themen wie Rente, Lebensversicherungen und weiteren Vorsorgemaßnahmen festhalten.



Vorsorgevollmacht und Vorsorgeverfügungen

Seite 28

Hier finden Sie Informationen zu Verfügungen und Vollmachten und Sie haben Platz für eigene Angaben.



Finanzen

Seite 31

Tragen Sie Informationen zu Konten, Verbindlichkeiten und Mitgliedschaften ein. So bleiben diese Themen gut überschaubar.



Haus und Wohnung

Seite 36

Kontaktdaten zu Vermietern, Mietern, Infos zu Energieversorgern und andere Unterlagen rund um Wohnung und Haus sind hier festzuhalten.



Versicherungen

Seite 40

Versicherungsunterlagen sind oft umfangreich – wer diese Blätter ausfüllt, behält den Überblick.



Kraftfahrzeuge

Seite 43

Sammeln Sie bitte hier die wichtigsten Daten zu Fahrzeugen und dazugehörigen Versicherungen.



Infoblatt für den Todesfall

Seite 46

Damit am Ende eines Lebens die Wünsche des Verstorbenen beachtet werden können, muss man diese zu Lebzeiten festhalten. Hier ist Platz dafür.



Weitere Notizen

Seite 49





Persönliche Daten

.....
Name (Geburtsname)

.....
Vorname(n)

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsort

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Festnetznummer

.....
Mobilfunknummer

.....
E-Mail-Adresse

.....
Kirchengemeinde

.....
Konfession

.....
Familienstand



Daten zur Ehepartnerin/Ehepartner - Lebenspartnerin/Lebenspartner

.....
Name (Geburtsname)

.....
Evtl. Geburtsname

.....
Vorname(n)

.....
Geburtsdatum / Ort

.....
Straße, Hausnummer (falls abweichend)

.....
PLZ-Wohnort (falls abweichend)

.....
Telefonnummern

.....
E-Mail-Adresse

.....
Tag der Eheschließung/Lebenspartnerschaft

.....
Standesamt/Ort

.....
Urkundennummer

.....
Güterstand, Ehevertrag

.....
Vermögensstand

.....
Bei Scheidung/Trennung: Datum, Gericht

.....
Sonstiges



Familie, nahestehende Personen, Lieblingsmenschen



Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....



Im Anhang finden Sie weitere Blätter, auf denen Sie Kontaktdaten von nahestehenden Menschen eintragen können.





Familie, nahestehende Personen, Lieblingsmenschen

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....



Familie, nahestehende Personen, Lieblingsmenschen



Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum/Geburtsort

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Schwester/Bruder

Tochter/Sohn

Freundin/Freund

.....





Personen, die im Notfall benachrichtigt werden sollen



Personen, die im Notfall nicht benachrichtigt werden sollen



Personen, die für meine Wohnung/Zweitwohnung/Büro/Lager/Garage/sonstige Räume einen Schlüssel besitzen



Platz für Notizen



Tier 1

.....
Art und Name

.....
Tierarzt

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

.....
Welche Vorlieben und Abneigungen hat das Tier?

.....
Allergien, Medikamente

.....
Wer kümmert sich im Notfall um das Tier (Name, Telefonnummer, Anschrift)?

Tier 2

.....
Art und Name

.....
Tierarzt

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

.....
Welche Vorlieben und Abneigungen hat das Tier?

.....
Allergien, Medikamente

.....
Wer kümmert sich im Notfall um das Tier (Name, Telefonnummer, Anschrift)?

Tier 3

.....
Art und Name

.....
Tierarzt

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

.....
Welche Vorlieben und Abneigungen hat das Tier?

.....
Allergien, Medikamente

.....
Wer kümmert sich im Notfall um das Tier (Name, Telefonnummer, Anschrift)?





Berufliches

Für Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer

.....
Beruf/Tätigkeit

.....
Personalnummer

.....
Arbeitgeber

.....
Steuer-Identifikationsnummer

.....
Anschrift

.....
PLZ, Ort

.....
Wichtige Ansprechpartner/in:
Personalabteilung/Führungskraft

.....
Telefonnummer/E-Mail-Adresse

Für Selbstständige

.....
Name der Firma

.....
Telefonnummer/E-Mail-Adresse

.....
Anschrift

.....
PLZ, Ort

.....
Handelsregister/Finanzamt

.....
Steuernummer

.....
Berufs- und Diensthaftversicherung

.....
Berufsunfähigkeitsversicherung

.....
Sonstiges

.....

.....



Sonstiges

Steuerberaterin / Steuerberater

.....
Name, Anschrift, Telefonnummer
.....

Rechtsanwältin / Rechtsanwalt

.....
Name, Anschrift, Telefonnummer
.....

Notarin / Notar

.....
Name, Anschrift, Telefonnummer
.....

Finanzamt

.....
zuständiges Finanzamt

.....
Persönliche Steuer-Identifikationsnummer

.....
Steuernummer



**Notieren Sie in Ihrer Dokumentencheckliste,
wo Sie wichtige Unterlagen aufbewahren!**





Dokumentencheckliste „Persönliche Daten“

Dokument:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	Aufbewahrungsort
Personalausweis			
Reisepass			
Familienstammbuch			
Heiratsurkunde			
Geburtsurkunde			
Taufschein			
Ehevertrag			
Partnerschaftsvertrag			
Scheidungsurkunde			
Aufenthaltsgenehmigung			
Sterbeurkunde(n) von Familienangehörigen			
Lebenslauf			
Arbeitsvertrag			
Arbeitslosenbescheinigung			
Zeugnisse			
Zertifikate/Abschlüsse			



Dokumentencheckliste „Digitales“

Login-Daten - Portale, Benutzernamen, Kenn- und Passwörter

Portal / URL:	Benutzername:	Kennwort / Passwort:



Achten Sie darauf, dass diese Liste sicher verwahrt und vor dem Zugriff Dritter geschützt ist. Passwörter sollten im Idealfall verschlüsselt werden.





Gesundheit und Krankheit



Krankenversicherungen

.....
Gesetzliche Krankenkasse

.....
Versicherungsnummer

Private Krankenversicherung(en)/Krankenzusatzversicherung(en)

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Versicherungsnummer

Pflegeversicherung(en) (gesetzlich/privat)

.....
Versicherungsgesellschaft

Weitere Zusatzversicherung (Zähne/Brille/etc)

.....
Art der Versicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Versicherungsgesellschaft



Wichtige Telefonnummern

Meine Hausärztin / mein Hausarzt

.....
Name

.....
Telefonnummer

Andere Ärztinnen oder Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin

.....
Name/Fachrichtung

.....
Telefonnummer

.....
Name/Fachrichtung

.....
Telefonnummer

Mein ambulanter Pflegedienst

.....
Name

.....
Telefonnummer



Medizinische Daten



Blutgruppe

Gegenwärtige Krankheiten (behandelnde/r Ärztin/Arzt/Telefonnummer)

Chronische Krankheiten (behandelnde/r Ärztin/Arzt/Telefonnummer)

Diabetes ja nein

Insulin ja nein

Tabletten ja nein

Anfallsleiden ja nein

Medikamente

Medikamente

Wenn ja, welche?

Allergien ja nein

Wenn ja, welche?

Blutgerinnung (Marcumar) ja nein

Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Knie-, Hüftgelenk)

Ambulante Behandlungen

Stationäre Behandlungen





Operationen

Welche?	Wann?	Krankenhaus
Welche?	Wann?	Krankenhaus
Welche?	Wann?	Krankenhaus
Welche?	Wann?	Krankenhaus
Welche?	Wann?	Krankenhaus

Behinderung

.....

.....

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes

Ausstellungsdatum	Aktenzeichen	Antrag gestellt am
-------------------	--------------	--------------------

Bemerkungen

.....

.....

.....



Medikamente



Name des Medikaments:	Darreichungsform/Wirkstoff:	Zeitpunkt der Einnahme:				
		morgens	mittags	abends	zur Nacht	nach Bedarf
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum der Aktualisierung:





Behandelnde Ärztinnen/Ärzte und Pflegedienste

Meine Hausärztin/mein Hausarzt

Name

Telefon

Adresse

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt

Name

Telefon

Adresse

Anderer Ärztin/anderer Arzt, bei der/dem ich in regelmäßiger Behandlung bin

Name

Fachrichtung

Adresse

Telefon

Anderer Ärztin/anderer Arzt, bei der/dem ich in regelmäßiger Behandlung bin

Name

Fachrichtung

Adresse

Telefon

Anderer Ärztin/anderer Arzt, bei der/dem ich in regelmäßiger Behandlung bin

Name

Fachrichtung

Adresse

Telefon

Mein ambulanter Pflegedienst

Name

Telefon

Adresse



Dokumentencheckliste „Gesundheit und Krankheit“



Dokument:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	Aufbewahrungsort
Krankenversicherungskarte			
Blutgruppenausweis			
Diabetikerausweis			
Allergiepass			
Röntgenpass			
Ausweis: Herzschrittmacher			
Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung			
Ärztliche Gutachten/Atteste			
Notfallausweis			
Impfpass			
Pflegevertrag			
Organspendeausweis			
Schwerbehindertenausweis			





Biografiebogen

Nach einem Unfall oder einer schweren Krankheit kann man sich womöglich nicht richtig mitteilen. Dieser Biografiebogen gibt dem Pflegeteam Anhaltspunkte, was ein Mensch mag und was er gar nicht leiden kann. So kann auf persönliche Vorlieben und Abneigungen Rücksicht genommen werden – im besten Fall wirkt sich das positiv auf die Genesung aus und macht das Leben in einer schwierigen Situation angenehmer.

Bitte füllen Sie den Biografiebogen aus, damit andere Menschen wissen, was Ihnen gut tut und was nicht. Schreiben Sie beispielsweise darin auf, dass Sie am liebsten auf dem Rücken schlafen, dass Sie lieber mit Ihrem Vornamen als mit Ihrem Nachnamen angesprochen werden wollen oder dass Sie Angst vor Spinnen haben. So wissen andere über Sie Bescheid und werden gern Rücksicht darauf nehmen, was Ihnen angenehm oder unangenehm ist.

Beispiele als Ausfüllhilfe:

	Vorlieben	Abneigungen	Gewohnheiten/ Möglichkeiten
Kommunikation	z. B. bevorzuge Ansprache mit du		z. B. verstehe nur ein wenig Deutsch, Muttersprache Türkisch
Bewegung		z. B. gehe nicht gerne spazieren	
Vitalfunktionen			z. B. habe am Morgen immer niedrigen Blutdruck
Körperpflege	z. B. dusche jeden Tag morgens	z. B. bade nicht gerne	z. B. benutze nie Rasierwasser
Essen und Trinken	z. B. esse gerne salzig, deftig		z. B. esse jeden Tag morgens einen Apfel, brauche morgens einen schwarzen Kaffee zum Wach werden
Toilettengang		z. B. keine Begleitperson erwünscht	z. B. Toilettengang morgens nach dem Frühstück, nach einer Zigarette
Kleidung	z. B. trage am liebsten Röcke		z. B. trage auch im Winter Kurzarm
Ruhe und Schlaf	z. B. kann nur auf der rechten Seite einschlafen		z. B. schlafe immer bei gekippten Fenster, kleines, gedämpftes Licht muss anbleiben
Tägliche Routine	z. B. lese jeden Morgen die Zeitung	z. B. mag keine klassische Musik	z. B. schaue jeden Tag am Abend um 20 Uhr Nachrichten
sich als Mann/Frau fühlen	z. B. benutze immer roten Lippenstift von Dior	z. B. mag keine kurzen Haare	z. B. schminke mich jeden Morgen, rasiere mich nur vorm Frühstück
Sicherheit			z. B. Angst im Dunkeln, schlafe bei Licht
soziale Bereiche	z. B. mag gerne Geselligkeit		z. B. bin Einzelgänger
Persönliches		z. B. komme schlecht mit Konflikten klar	z. B. bin ein Morgen-Muffel
Umgang mit dem Tod			z. B. habe keine Angst vor dem Tod, aber Sorge, leiden zu müssen



	Vorlieben	Abneigungen	Gewohnheiten/ Möglichkeiten
Kommunikation			
Bewegung			
Vitalfunktionen			
Körperpflege			
Essen und Trinken			
Toilettengang			
Kleidung			
Ruhe und Schlaf			
Tägliche Routine			
sich als Mann/Frau fühlen			
Sicherheit			
soziale Bereiche			
Persönliches			
Umgang mit dem Tod			

Was möchten Sie noch über sich mitteilen? Was sollen andere über Sie wissen?

.....

.....

.....





Vielleicht möchten Sie auch diese Fragen über sich, Ihr Leben und prägende Erlebnisse beantworten:

Wie würden nahestehende Personen Sie beschreiben (z. B. ordentlich, kreativ, einfühlsam, impulsiv, neugierig, kommunikativ, etc.)?

.....

.....

.....

Haben Sie Begabungen und Leidenschaften (z. B. handwerklich geschickt, musikalisch, sportlich, politisch interessiert, etc.)?

.....

.....

Welche Ereignisse haben Sie geprägt (persönliche Erfolge, Verlust eines Familienmitglieds, etc.)?

.....

.....

Welche Gerüche und Düfte sind für Sie angenehm oder unangenehm (z. B. Brandgeruch, Duft von Gebäck, etc.) ?

.....

.....

Haben Sie ein Instrument erlernt oder hören Sie gern bestimmte Musik?

.....

.....

Welche Art von Musik oder welchen Künstler mögen Sie überhaupt nicht?

.....

.....



Welche Freizeitaktivitäten oder Tätigkeiten mögen Sie (Lesen, Reisen, Kochen, TV, Kino, etc.)?

Welche davon üben Sie regelmäßig aus?

Lieblingsfarbe:

Welche Farbe empfinden Sie als unangenehm?

Mögen Sie Tiere? Gibt es Tiere, die Ihnen Angst machen?

Gibt es angenehme und unangenehme Erinnerungen an die Jugendzeit?

Welche sportlichen oder mit Bewegung verbundene Aktivitäten mögen Sie (Fahrradfahren, Gymnastik, Yoga, Skatrunde, etc.)?

Welche davon über Sie regelmäßig aus?





Notarzt, Rettungsdienst, Feuerwehr

112

Polizei, allgemeiner Notruf

110



Bitte nennen Sie bei der Anforderung des Krankentransports Ihre Adresse und geben Sie wenn nötig eine genaue Beschreibung des Wohnorts und der Zugangsmöglichkeiten.



Bei Dunkelheit schalten Sie bitte das Außenlicht und die Hausnummernbeleuchtung ein und lassen Sie auch in den Räumen mit Fenstern zur Straße das Licht an.



Halten Sie alle Unterlagen bereit: Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versicherungskarte

Bereiten Sie einen Notfallkoffer vor:

- Toilettenartikel, Nacht- und Unterwäsche, Morgenmantel, Kleidung, Hausschuhe
- Brille, Hörgerät, Prothesen, Gehhilfe
- bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis
- Geld (bitte nehmen Sie nur einen kleinen Betrag mit)
- Anschriften/Telefonnummern der nächsten Angehörigen und Freunde
- Evtl. Hausschlüssel



Informieren Sie Ihre Nachbarn, damit diese Ihre Haustiere versorgen und sich um Post und Blumen kümmern können.



Deutsche Rentenversicherung

.....
Versicherungsnummer

.....
Anschrift

.....
Telefon

Zusatzversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Versicherungsnummer

Private Rentenversicherung(en)

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Versicherungsnummer

Weitere Altersvorsorge(n)

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Versicherungsnummer

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Versicherungsnummer

Beamtenversorgung

.....
Pensionsfestsetzende Behörde

.....
Telefonnummer

.....
Personalnummer / Aktenzeichen





Sterbegeldversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Ansprechpartner

.....
Telefon

.....
Versicherungsnummer

.....
Versicherungssumme

.....
Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer

.....

Lebensversicherung(en)

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Ansprechpartner

.....
Telefon

.....
Versicherungsnummer

.....
Versicherungssumme

.....
Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer

.....

Unfallversicherung(en)

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Ansprechpartner

.....
Telefon

.....
Versicherungsnummer

.....
Versicherungssumme

.....
Bezugsberechtigte/r: Name, Anschrift, Telefonnummer

.....



Legen Sie für weitere Versicherungsunterlagen ein Extrablatt an.



Dokumentencheckliste „Vorsorge“

Dokument:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	Aufbewahrungsort
Lebensversicherungspolice			
Rentenversicherungspolice			
Rentenbescheid			
Unfallversicherungspolice			
Sterbeversicherungspolice			
Sozialversicherungsausweis			
Versorgungsbescheid			





Vorsorgevollmacht und Vorsorgeverfügungen

Jeder von uns kann in die Situation kommen, auf Hilfe angewiesen zu sein. Durch einen Unfall, eine Krankheit oder Einschränkungen im Alter kann die Fähigkeit, alle Angelegenheiten eigenständig und selbstbestimmt zu erledigen, eingeschränkt sein. Jeden kann es treffen - und zwar jederzeit.

Für einen solchen Fall sollten Sie rechtzeitig vorsorgen. Das erleichtert den von Ihnen bevollmächtigten Personen, nahestehenden Menschen, Helferinnen und Helfern, sich über Ihre Vorstellungen und Wünsche zu informieren und diese zu beachten. Es gibt drei Möglichkeiten, im Sinne der Selbstbestimmung schriftliche Willenserklärungen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit abzugeben:

Vorsorgevollmacht

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

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.

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.

Patientenverfügung und Organspende

Es ist wichtig, dass Ihre Patientenverfügung keine Widersprüche beinhaltet. Ein solcher Widerspruch tritt zum Beispiel dann auf, wenn Sie in Ihrer Patientenverfügung lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen und Sie gleichzeitig an einer anderen Stelle in der Patientenverfügung oder auf dem Organspendeausweis der Organspende zustimmen. In der medizinischen Praxis kann diese unklare Situation dazu führen, dass eine Organentnahme oftmals nicht in Betracht gezogen wird.

Gut informiert, die richtigen Entscheidungen treffen

Die vom hessischen Ministerium der Justiz und vom Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege herausgegebene Broschüre **„Betreuungsrecht. Vorsorgevollmacht - Betreuungsverfügung - Patientenverfügung“** bietet Ihnen ausführliche Informationen und Vorschläge für das Erstellen einer Vollmacht oder Verfügung.

Die Broschüre können Sie hier schriftlich anfordern:

Hessisches Ministerium der Justiz,
für Integration und Europa (HMdJ)

Referat Öffentlichkeitsarbeit
Luisenstraße 13
65719 Wiesbaden

Hessisches Ministerium
für Familie, Senioren, Sport,
Gesundheit und Pflege

Referat Öffentlichkeitsarbeit
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden

Mehr Informationen finden Sie hier:
hessenlink.de/Betreuungsrecht





Vorsorgevollmacht und Vorsorgeverfügungen

Vorsorgevollmacht ja nein

Inhalt in Stichpunkten (medizinische/gesundheitliche, rechtsgeschäftliche Vollmacht für folgende Angelegenheiten/ Generalvollmacht mit Gesundheitsvorsorge auch bei Lebensgefahr und Gefahr für schwere oder länger dauernde Gesundheitsschäden, § 1904 Abs. 1 BGB)

.....
.....

Eingetragen Bevollmächtigte/r

Personen, die informiert sind

Patientenverfügung ja nein

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben (Hausarzt, Pflegestation, Angehörige, Nahestehende)

.....

Personen, die Vollmacht haben, meine Patientenverfügung durchzusetzen

.....

Betreuungsverfügung ja nein

Hinterlegt bei

Als Betreuerin/Betreuer gewünschte Person(en)

Meine Wünsche zur Durchführung der Betreuung:

.....

.....

Sonstiges (z. B. familienrechtliche Verfügung, Vorsorge für betreute/zu betreuende Personen):

.....

.....





Dokumentencheckliste „Verfügungen und Vollmachten“

Dokument:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	Aufbewahrungsort
Vorsorgevollmacht			
Betreuungsverfügung			
Patientenverfügung			
Sorgerechtsbescheid			
Erhaltene Vollmachten anderer Personen			
Testament			



Girokonten

..... Bank IBAN
..... Bank IBAN
..... Bank IBAN

Sparkonten

..... Bank IBAN
..... Bank IBAN
..... Bank IBAN

Bausparvertrag

..... angelegt bei Vertragsnummer IBAN
-----------------------	-------------------------	---------------

Wertpapiere

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

Sonstige Geldanlagen

..... angelegt bei Vertragsnummer IBAN
..... Art der Anlage		
.....		



Legen Sie für weitere Konten ein Extrablatt/Anlagen an.





Verbindlichkeiten

Verbindlichkeit(en) bei Kreditinstituten, Privatpersonen/Firmen, Hinweis(e) 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

.....
Institut, Person Betrag

.....
Art der Verbindlichkeit

.....
Institut, Person Betrag

.....
Art der Verbindlichkeit



Bestehende Verträge

Bitte tragen Sie hier Informationen etwa zu Verträgen für Telefon, Internet, TV, Streamingdienste, Rundfunk, Zeitungen, Illustrierte, Fachzeitschriften ein.

.....
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)

.....
Vertragsart

.....
Rechnungsersteller

.....
Zahlungsweise

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

.....
Vertragsart

.....
Rechnungsersteller

.....
Zahlungsweise

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





Mitgliedschaften

Hier ist Platz für Informationen zu Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften oder Parteien deren Mitglied Sie sind.

.....
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

.....
Name des Vereins

.....
Mitgliedsnummer

.....
Höhe des Mitgliedsbeitrags

.....
Kündigungsfrist

.....
Bemerkungen



Dokumentencheckliste „Finanzen“

Dokument:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	Aufbewahrungsort
EC-/Kontokarte			
Kreditkarte			
Unterlagen Girokonto			
Sparverträge			
Hypotheken			
Kredit- und Darlehensverträge			
Sparbücher			
Wertpapiere			
Verbindlichkeiten			
Daueraufträge			
Einzugsermächtigungen			
Mitgliedsausweise			
Steuernummer			
Unterlagen Steuererklärung			





Mietwohnung/Miethaus

.....
Adresse Mietwohnung

.....
Name Vermieterin/Vermieters

.....
Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Kündigungsfrist

.....
Hausverwaltung

Weiteres Mietobjekt

.....
Adresse Mietobjekt

.....
Name Vermieterin/Vermieter

.....
Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Kündigungsfrist

.....
Hausverwaltung

Immobilien

.....
Objekt: Adresse

.....
Hausverwaltung

.....
Grundsteueramt

.....
Steuernummer

.....
Objekt: Adresse

.....
Hausverwaltung

.....
Grundsteueramt

.....
Steuernummer

.....
Objekt: Adresse

.....
Hausverwaltung

.....
Grundsteueramt

.....
Steuernummer



Vermietung

Objekt: Adresse

Mieterin/Mieter

Telefonnummer

Mietvertrag vom

Kündigungsfrist

Kaution

Objekt: Adresse

Mieterin/Mieter

Telefonnummer

Mietvertrag vom

Kündigungsfrist

Kaution

Objekt: Adresse

Mieterin/Mieter

Telefonnummer

Mietvertrag vom

Kündigungsfrist

Kaution

Objekt: Adresse

Mieterin/Mieter

Telefonnummer

Mietvertrag vom

Kündigungsfrist

Kaution





Strom

.....
Versorger

.....
Telefonnummer

.....
Vertragsnummer

Gas

.....
Versorger

.....
Telefonnummer

.....
Vertragsnummer

Wasser

.....
Versorger

.....
Telefonnummer

.....
Vertragsnummer

Grundsteuer

.....
Verwaltung

.....
Telefonnummer

.....
Kassenzeichen

Sonstige Abgaben (Abfallentsorgung, Straßenreinigungsgebühr, etc.)

.....
Verwaltung

.....
Telefonnummer

.....
Kassenzeichen





Dokumentencheckliste „Wohnung und Eigentum“

Dokument:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	Aufbewahrungsort
Mietverträge			
Kaufverträge			
Grundbucheinträge			
Besitzurkunden			
Ersatzschlüssel			





Versicherungen für Haus und Wohnung

Gebäudeversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

Glasbruchversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

Hausratversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

Unfallversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer



Versicherungen

Haftpflichtversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

Rechtsschutzversicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

Weitere Versicherungen

.....
Art der Versicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

.....
Art der Versicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

.....
Art der Versicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer





Dokumentencheckliste „Versicherungen“

Dokument:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	Aufbewahrungsort
Gebäudeschutzpolice			
Hausratversicherungspolice			
Unfallversicherungspolice			
Haftpflichtversicherungspolice			
Rechtsschutzversicherungspolice			
Glasversicherung			





Fahrzeug(e)

Fahrzeugart

Amtliches Kennzeichen

regelmäßiger Standort

Angaben zu Finanzierung/Leasing

Sonstige Angaben

Fahrzeugart

Amtliches Kennzeichen

regelmäßiger Standort

Angaben zu Finanzierung/Leasing

Sonstige Angaben

Kraftfahrtversicherung(en)

Fahrzeug

Amtliches Kennzeichen

Versicherung

Versicherungsnummer

Teilkasko: ja nein

Selbstbeteiligung

Vollkasko: ja nein

Selbstbeteiligung

Versicherung

Fahrzeug

Amtliches Kennzeichen

Versicherung

Versicherungsnummer

Teilkasko: ja nein

Selbstbeteiligung

Vollkasko: ja nein

Selbstbeteiligung

Versicherung





Versicherungen für Fahrzeuge

Weitere Versicherungen

.....
Insassenunfall- Versicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

.....
Verkehrsrechtsschutz-Versicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

.....
Art der Versicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

.....
Art der Versicherung

.....
Versicherungsgesellschaft

.....
Telefonnummer

.....
Versicherungsscheinnummer

ADAC-Mitgliedschaft

.....
Vertragsnummer

.....
Telefonnummer





Dokumentencheckliste „Kraftfahrzeuge“

Dokument:	vorhanden ja/nein	besorgen ja/nein	Aufbewahrungsort
Führerschein			
Zulassungsbescheinigung Teil 1 (früher Kfz.-Schein)			
Zulassungsbescheinigung Teil 2 (früher Kfz.-Brief)			
Kfz.-Versicherungspolice			
ADAC-Mitgliedschaft			





Der Tod gehört zum Leben dazu. Traurig und doch wahr. Der Tod eines Menschen ist für Angehörige ein harter Schlag. Er fordert große emotionale, seelische und körperliche Kraft und gleichzeitig muss viel erledigt und organisiert werden. Damit in dieser Zeit keine zusätzlichen Belastungen die Dinge erschweren, ist es sinnvoll, sich in guten Tagen zu informieren, was in dieser Situation gefordert sein wird.

Das ist unmittelbar nach Eintreten des Todes zu tun:

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

Die nächsten Schritte

- Wohnung versorgen (Haustiere und Pflanzen)
- Kontakt zum Bestattungsinstitut aufnehmen
- Sterbefall beim Standesamt melden und Sterbeurkunde ausstellen lassen
- Erbschein beim Nachlassgericht beantragen
- ggf. 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



Traueranzeige

Ja

Nein

.....
Besondere Wünsche
.....

Blumen und Kränze

Ja

Nein

Geldspende statt Blumen

Spende für einen bestimmten Zweck

Blumen und Kränze

.....
Wünsche bezüglich Beisetzung/Grabnutzung
.....

.....
Hinweise auf Unterlagen und Aufbewahrungsort
.....

Testament/Letzwillige Verfügungen

Bitte tragen Sie hier ein, welche Unterlagen es gibt und wo sie zu finden sind.

Auflösung des Haushalts/Verbleib von Tieren

.....
.....





Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines for taking notes.





Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines providing space for notes.



Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines for taking notes.





Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines providing space for notes.



Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines for taking notes.





Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines for taking notes.





Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines providing space for notes.



Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines for taking notes.





Platz für Ihre Notizen

A series of horizontal dotted lines providing space for notes.



Bitte ausfüllen, ausschneiden und in der Börse oder Tasche aufbewahren.

Für den Notfall

Wichtige medizinische Unterlagen verwahre ich hier

Adresse

Aufbewahrungsort in der Wohnung/im Haus

.....

Hausarzt/-ärztin

Telefon.....

Ich heiße.....

Meine Adresse

.....

Meine Telefonnummer.....

Meine Kontaktperson

Name.....

Telefon.....



Für den Notfall

Wichtige medizinische Unterlagen verwahre ich hier

Adresse

Aufbewahrungsort in der Wohnung/im Haus

.....

Hausarzt/-ärztin

Telefon.....

Ich heiße.....

Meine Adresse

.....

Meine Telefonnummer.....

Meine Kontaktperson

Name.....

Telefon.....

