

ICH SORGE VOR!

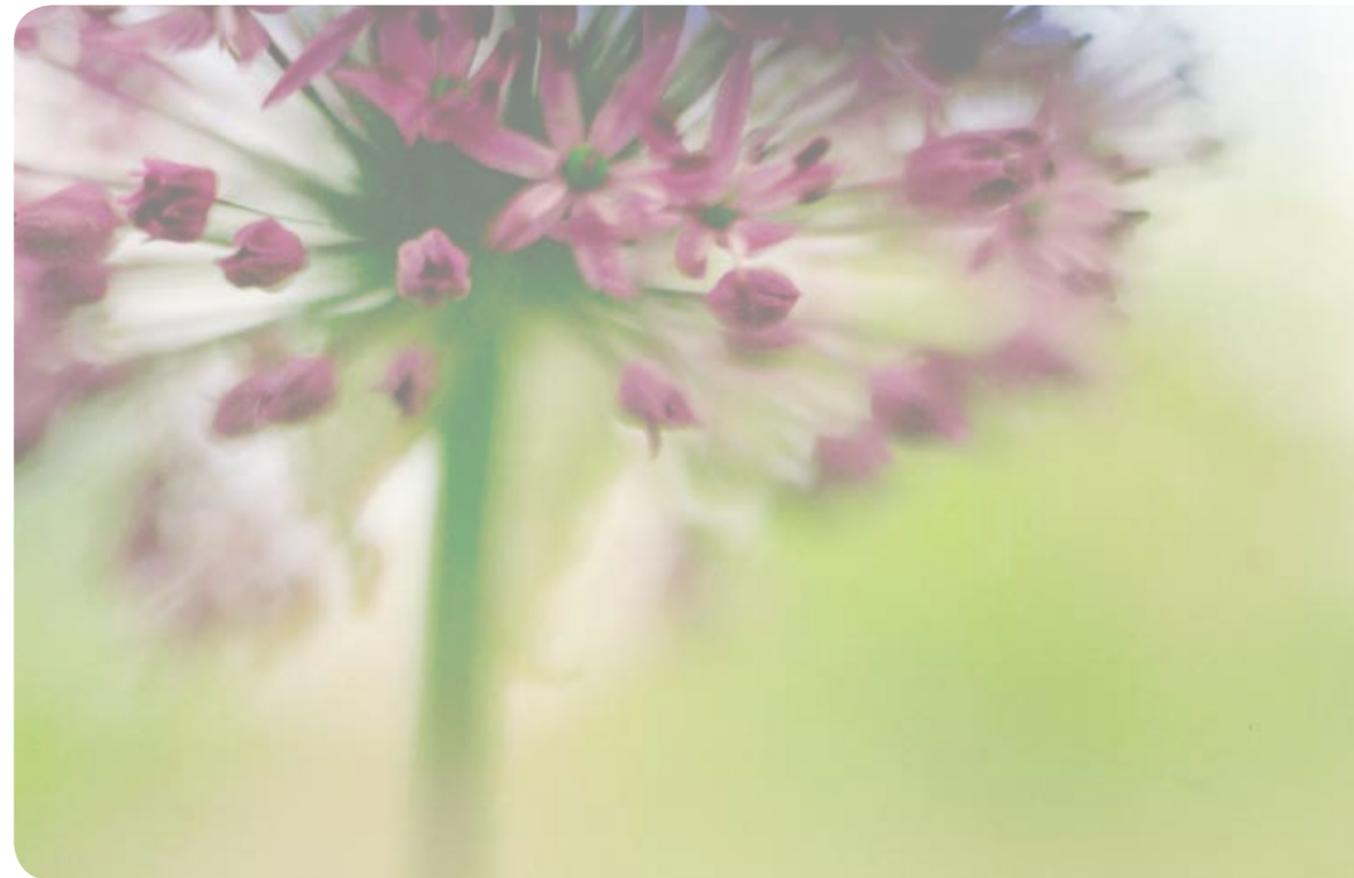
WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR NOTFÄLLE



Hinweise für Angehörige und Betreuer bei  
Krankenhauseinweisung, Pflegebedürftigkeit oder Tod

ICH SORGE VOR!

WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR NOTFÄLLE



## Meine persönlichen Daten

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

### Bitte sofort in einem Notfall benachrichtigen:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

## Liebe Leserin, lieber Leser!

Egal, zu welchem Zeitpunkt Ihrer Erkankung Sie diese Broschüre in die Hand, oder viel mehr noch, sich zu Herzen nehmen – es ist der richtige! Und noch eines. Losgelöst von Ihrer Erkrankung, das sollten Sie sich realistisch, aber auch zum Trost vor Augen halten: Egal, wie alt man ist und in welcher Lebenssituation man sich befindet – ein Notfall oder auch der Tod können jederzeit, vollkommen unvorhergesehen, in unser Leben eintreten.

Wenn Sie bereit sind, sich schon heute, also vorzeitig, dieser Thematik zu widmen, helfen Sie sich selbst und den Menschen, die Ihnen in einer solchen Situation zur Seite stehen, sehr.

Für Sie bedeutet die intensive Auseinandersetzung mit dieser Broschüre, sich mit Ihren Wünschen und Vorstellungen für Ihre Zukunft zu beschäftigen. Am wichtigsten für Sie ist jedoch, dass Sie die Voraussetzung für andere schaffen, in Ihrem Sinne zu handeln.

Für Ihre Angehörigen, Freunde oder Betreuer, die sich in einem Notfall um Sie kümmern, kann diese Broschüre enorme Erleichterung bieten. Wichtige Unterlagen müssen nicht lange gesucht und es muss nicht lange darüber diskutiert werden, was Ihnen wohl am liebsten sei.

Die Broschüre gibt Ihnen Gelegenheit, für den "Fall der Fälle" relevante Informationen zu sammeln und strukturiert in die Formulare einzutragen. Nehmen Sie sich die Zeit, die einzelnen Formulare sorgfältig auszufüllen und denken Sie daran, das Heft einfach zugänglich aufzubewahren bzw. Ihre Angehörigen über den Aufbewahrungsort in Kenntnis zu setzen. Von Zeit zu Zeit sollten Sie natürlich auch prüfen, ob die eingetragenen Informationen noch aktuell sind und diese dann ergänzen.

Ebenso sinnvoll ist die Erstellung einer Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsverfügung (kostenlose Formulare erhalten Sie beispielsweise über [www.bundesanzeiger-verlag.de](http://www.bundesanzeiger-verlag.de)).

Wir wünschen Ihnen, dass das Heft unbenutzt noch ganz lange an seinem Aufbewahrungsort liegen bleibt!

## DIE KRANKENHAUSEINWEISUNG – SO KÖNNEN SIE VORSORGEN

Vermutlich haben Sie schon den ein oder anderen Krankenhausaufenthalt hinter sich und haben Ihre eigenen Erfahrungen mit der Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes sammeln können. Meist sind Krankenhausaufenthalte im Voraus geplant, weil eine Operation ansteht. In diesen Fällen haben Sie in der Regel genügend Zeit, die notwendigen Dokumente, wie z. B. ärztliche Befunde, Medikamentenausweise oder Ihre Krankenversicherungskarte zusammenzustellen.

Werden Sie jedoch aufgrund eines unvorhergesehenen Notfalles eingewiesen, muss naturgemäß alles sehr schnell gehen. Im schlimmsten Fall sind Sie vielleicht eine Weile nicht ansprechbar, sodass sich das Krankenhaus an Ihre nächsten Angehörigen wenden muss, um wichtige Informationen zu Ihrer Person, Ihrem Gesundheitszustand oder Ihrer aktuellen Medikation in Erfahrung zu bringen.

In einem solchen Fall ist es für Ihre Angehörigen eine große Hilfe, wenn sie schnellen Zugriff auf die vom Krankenhaus angeforderten Unterlagen haben. Auch wenn Ihnen die Menge an Papieren, Arztberichten, Ausweisen oder Versicherungsnachweisen, die Sie im Laufe Ihrer Krankheitsgeschichte angesammelt haben, schier unüberschaubar erscheint: Fangen Sie schrittweise an, Ihre Unterlagen zu sortieren und ordnen Sie diese Dokumente nach Themenbereichen in einen oder mehrere „Notfallordner“ ein. So schaffen Sie nicht nur Ordnung für sich selbst, sondern erleichtern Ihren Angehörigen die oft mühsame Suche nach wichtigen Informationen.

## Hier verwahre ich wichtige Unterlagen:

**Hier finden Sie eine Liste der wesentlichen medizinisch relevanten Unterlagen. Und keine Sorge, Sie müssen nicht alle der folgenden Ausweise besitzen. Bei vielen Unterpunkten können Sie gedanklich ein „wenn vorhanden ...“ davorsetzen.**

**Krankenversicherungskarte:** \_\_\_\_\_

**Ärztliche Befunde:** \_\_\_\_\_

**Medikamentenausweis:** \_\_\_\_\_

**Röntgenbilder:** \_\_\_\_\_

**Röntgenpass:** \_\_\_\_\_

**Diabetikerausweis:** \_\_\_\_\_

**Organspendeausweis:** \_\_\_\_\_

**Allergiepass:** \_\_\_\_\_

Impfpass:

---

---

Patientenverfügung:

---

---

Betreuungsverfügung:

---

---

Vorsorgevollmacht:

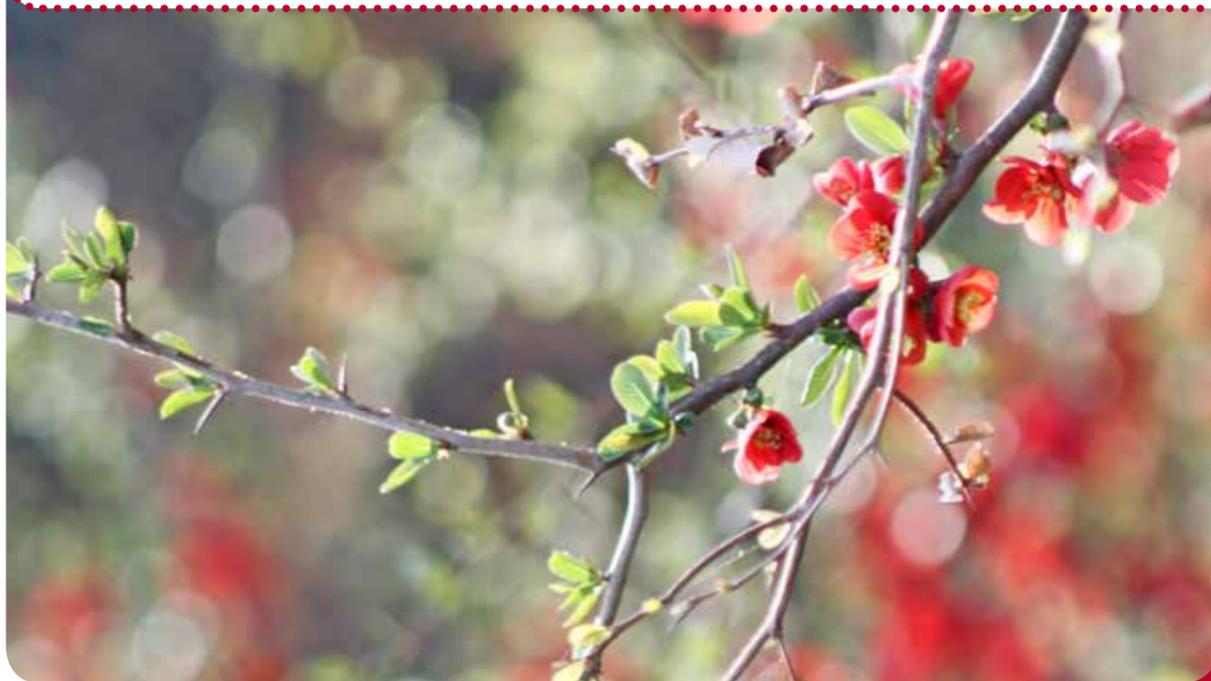
---

---

Nachweise eventueller Zusatzversicherungen der Krankenkasse:

---

---



## Wichtige Informationen für das Krankenhaus

Das Formular „Wichtige Informationen für das Krankenhaus“ kann herausgelöst und von Ihrem Angehörigen an das Krankenhaus weitergeleitet werden. So kann das Krankenhaus sich beispielsweise bei Rückfragen zu Ihrem Gesundheitszustand an Ihre behandelnden Ärzte wenden. Auch Ihre Angaben zum aktuellen Medikamentenplan sind sehr wichtig, damit die Medikation ohne Änderung oder Unterbrechung im Krankenhaus fortgeführt wird.

Im Notfall zu benachrichtigende Personen:

(Name, Adresse, Telefonnummer, Handynummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer, Handynummer)

Hausarzt:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

Facharzt:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

**Krankenversicherung:**

(Versicherungsnummer, Name, Adresse, Telefonnummer)

**Zusatzversicherungen:**

(Art der Versicherung, Name, Adresse, Telefonnummer)

**Betreuer:**

(Name, Adresse, Telefonnummer)

**Informationen über meinen Gesundheitszustand**

Ich habe folgende chronische Erkrankungen:

Ich habe folgende Operationen hinter mir:

Ich nehme zurzeit folgende Medikamente:

Medikament	Dosierung	Zeitpunkt der Einnahme

Ich leide an folgenden Allergien:

Ich muss folgende Ernährungshinweise beachten:

Ich habe folgende Behinderung/en:



Ich bin gegen folgende Krankheiten geimpft:

---

---

**Sonstige Unterlagen** bezüglich z. B. Portsyste-men, Implantaten, Herzschrittmacher, Stents, zu finden in/bei:

---

---



## Entbindung von der Schweigepflicht

**Die im Strafgesetzbuch festgelegte Schweigepflicht soll den persönlichen Lebensbereich eines jeden Menschen schützen. Das ist auch gut so, aber gelegentlich gibt es Situationen, in denen es sinnvoll ist, Informationen an Dritte weiterzugeben. Damit beispielsweise alle Ärzte im Krankenhaus Zugang zu Diagnosen, Befunden und Therapieformen bekommen, müssen Sie Ihren behandelnden Haus- oder Facharzt von seiner Schweigepflicht entbinden.**

**Selbstverständlich sind Sie die Person, die den Umfang, die Personengruppe und den Verwendungszweck festlegt. Um Ihnen die Formulierung zu erleichtern, haben wir ein Beispiel einer Erklärung zur Schweigepflichtentbindung vorbereitet.**

**Die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht beinhaltet:**

- die eigenen Personalien (Name, Adresse, Telefonnummer)
- Name, Adresse, Telefonnummer des Arztes, der entbunden wird
- die Informationen oder Unterlagen, die weitergegeben werden dürfen (z. B. Befunde usw.)
- den Verwendungszweck (z. B. Erstellung eines Gutachtens, zu Abrechnungszwecken usw.)
- den Empfänger der Informationen oder Unterlagen (z. B. Krankenkasse, Krankenhaus, Versicherung, anderer Arzt, Rechtsanwalt, Angehörige usw.)
- Dauer der Gültigkeit (z. B. einmalig oder für alle Zeit)
- die Widerrufserklärung
- Unterschrift und aktuelles Datum

### Beispiel:

Ich, ..... (Name, Anschrift) entbinde meinen Arzt/meine Ärztin, ..... (Name, Anschrift) von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass er/sie alle mich betreffenden ärztlichen Unterlagen an ..... zum Zwecke der ..... (z. B. Erstellung eines Gutachtens) weiterleitet. Diese Erklärung gilt für ..... (z. B. diese einmalige Anfrage). Die vorliegende Entbindung von der Schweigepflicht kann von mir jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

## Bitte im Notfall benachrichtigen

**Sie selbst entscheiden, wer im Notfall benachrichtigt werden soll. Wen wollen Sie an Ihrer Seite wissen? Wer soll über Ihren Krankenhausaufenthalt unterrichtet werden? Weitere Angehörige, Freunde oder eventuell Ihr Hausarzt? Machen Sie sich schon jetzt darüber Gedanken und listen Sie die Namen und Adressen auf.**

### Angehörige (Partner, Kinder):

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Freunde:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Nachbarn:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Arbeitgeber bzw. Geschäftspartner:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Betreuer:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Hausarzt:

(Name, Adresse, Telefonnummer)



**Pflegeheim:**

(Name, Adresse, Telefonnummer)

**Versicherungen:**

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

**WENN ES OHNE HILFE NICHT MEHR GEHT –  
PFLEGE ZU HAUSE ODER IM HEIM**

Unser aller Wunsch ist es wohl, so lange wie möglich ein selbstständiges Leben zu führen. Und doch kann es sein, dass z. B. ein Unfall, ein längerer Krankenhausaufenthalt oder einfach eine langsam zunehmende Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes dazu führen, dass Sie zumindest stunden- oder tageweise Hilfe von anderen Menschen annehmen müssen. Oder irgendwann doch der Umzug in ein Pflegeheim ansteht.

Mit den folgenden Formularen und Informationen möchten wir Sie und Ihre Angehörigen dabei unterstützen, einen Pflegegrad zu beantragen, den „richtigen“ Pflegedienst oder das für Sie beste Pflegeheim auszusuchen oder einen Pflegevertrag abzuschließen.



## Was mir wichtig ist ...

**Für den Fall, dass Sie Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen, sollten Sie sich überlegen, was Ihnen besonders am Herzen liegt und worauf Sie auf gar keinen Fall verzichten möchten. Die Checkliste mag als Hilfestellung dienen, sich darüber erste Gedanken zu machen.**

### ... für die Pflege zu Hause:

- Es ist mir wichtig, nur von einer gleichgeschlechtlichen Person gepflegt zu werden.
- Gerne möchte ich meine gewohnten Aufsteh- und Zubettgehzeiten einhalten.
- Der Pflegedienst soll sich, soweit möglich, nach mir, nicht ich mich nach ihm richten.
- Ich möchte rund um die Uhr einen Ansprechpartner für den Notfall haben.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ... für die Wahl der Einrichtung:

- Diese soll nah sein bei \_\_\_\_\_
- Ich möchte ein Einzelzimmer haben.
- Ein Balkon/eine Terrasse ist mir sehr wichtig.
- Gerne möchte ich meine eigenen Möbel mitnehmen.
- Auch mein Haustier mitnehmen zu dürfen, ist mir wichtig.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Wie läuft die Beantragung eines Pflegegrades ab und was ist zu beachten?

**Der Pflegebedürftigkeitsbegriff, aus dem nach einer Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), Ihr persönlicher Pflegegrad ermittelt wird betrachtet Ihre Selbstständigkeit bzw. Ihre Ressourcen in den folgenden sechs Lebensbereichen:**

- **Mobilität**
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
- **Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung etc.)**
- **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

**Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung so stark beeinträchtigt, dass Sie die Dinge des Alltags nicht mehr eigenständig bewältigen können? Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantworten müssen, kommt es bei der Festlegung Ihres Pflegegrades auf das Ausmaß Ihrer Beeinträchtigung in den oben genannten Bereichen an. Dabei werden fünf Pflegegrade unterschieden.**

- Die pflegebedürftige Person oder ein bevollmächtigter Angehöriger stellt einen formlosen Leistungsantrag bei der Pflegekasse.
- Die Beurteilung für die Einstufung erfolgt durch einen Gutachter des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen). Dieser kündigt seinen Besuch an.

- Falls der Gutachter einen ungünstigen Termin vorschlägt, können Sie um einen Ausweichtermin bitten.
- Bereiten Sie diesen Hausbesuch zusammen mit Ihrem Angehörigen gut vor.
- Legen Sie sich alle aktuellen Arzt- und Krankenhausberichte, den Medikationsplan und die Pflegedokumentation des Pflegedienstes (wenn vorhanden) zurecht.
- Die Eingruppierung der Pflegegrade setzt sich zusammen aus der Bewertung Ihrer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen oder der Fähigkeiten in den beschriebenen sechs Lebensbereichen.

### Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter:

- Beantworten Sie alle Fragen des Gutachters möglichst klar und kurz. Vermeiden Sie zu ausführliche Erklärungen und Schilderungen.
- Verharmlosen oder beschönigen Sie den Hilfebedarf nicht, sondern schildern Sie ihn wahrheitsgemäß. Richten Sie sich zu dem Termin nicht extra fein her. Der Gutachter sollte Sie in einer normalen Alltagssituation vorfinden.
- Bemühen Sie sich, dem Gutachter in der begrenzten Begutachtungszeit die Informationen zu vermitteln, die für seine Beurteilung wichtig sind. Das gelingt Ihnen am besten, wenn Sie sich auf den folgenden Seiten die Aspekte, die der Gutachter aus den sechs verschiedenen Lebensbereichen bewertet, schon vorbereitend ansehen.



## Modul 1: Mobilität

**Wie selbstständig können Sie eine Haltung einnehmen, diese wechseln oder sich fortbewegen? Beurteilt werden hier Aspekte wie Körperkraft, Balance und Koordination der Bewegung.**

Das Modul Mobilität gibt Aufschluss darüber, wie selbstständig jemand bei der Fortbewegung über kurze Strecken und beim Wechsel seiner Körperlage ist. Es beinhaltet fünf Kriterien.

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches
- Treppensteigen

## Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

**Wie gut können Sie sich in Ihrem Alltag orientieren und beteiligen sowie Entscheidungen treffen und diese steuern? Beurteilt werden hier Ihre kognitiven Funktionen und Aktivitäten, nicht die motorische Umsetzung.**

Das Modul 2 beleuchtet kognitive und kommunikative Fähigkeiten, zum Beispiel das Erinnerungs-, Orientierungs- und Urteilsvermögen sowie die Fähigkeit zur Kommunikation. Das Modul beinhaltet elf Kriterien.

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

## Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

**Können Sie Ihr Verhalten noch selbst steuern? Beurteilt werden hier Aspekte wie motorische und soziale Auffälligkeiten, verbale und physische Aggression, Ängste und Depression.**

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Probleme als Folge von Erkrankungen, die immer wieder auftreten. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit der Pflegebedürftige sein Verhalten ohne fremde Hilfe steuern kann. Hilfebedürftig ist ein Mensch auch dann, wenn er sein Verhalten nach Aufforderung abstellt, aber danach wieder aufs Neue damit beginnt, weil er das Verbot beispielsweise nicht verstanden hat oder sich nicht mehr daran erinnern kann. Das Modul beinhaltet 13 Kriterien:

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und auto-aggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

## Modul 4: Selbstversorgung

**Wie selbstständig können Sie sich im Alltag noch versorgen? Beurteilt werden hier Aspekte wie Körperpflege, Essen und Trinken sowie Toilettengänge.**

Hier geht es um die Selbstständigkeit bei der Körperpflege, beim Anziehen, Essen, Trinken sowie bei Toilettengängen. Hier wird bewertet, ob der Pflegebedürftige die jeweilige Aktivität praktisch ausführen kann. Es ist unerheblich, ob die Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen körperlicher oder mentaler Funktionen beeinträchtigt ist.

Je nachdem, ob bei Ihnen besondere Bedürfnisse vorliegen (Sondennahrung, Infusionen, Katheter usw.) werden Ihnen bestimmte Fragen gestellt bzw. nicht gestellt. Insgesamt beinhaltet das Modul 13 Kriterien:

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde

## Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

**Wie aufwändig und belastend ist für Sie der Umgang mit Krankheit und Therapie? Zu beurteilen ist, wie oft bei Ihnen ärztlich angeordnete Maßnahmen über längere Zeit nötig sind, wie zeitintensiv sie sind und ob Sie diese selbstständig ausführen können.**

Dieses Modul erfasst, wie der Pflegebedürftige mit krankheits- bzw. therapiebedingten Anforderungen und Belastungen umgeht, ob er Medikamente selbstständig einnehmen oder mit Hilfsmitteln wie Rollstuhl oder Prothese umgehen kann. Damit der Gutachter die Belastung einschätzen kann, erfragt er beispielsweise, welche Medikamente, Behandlungen und Untersuchungen der Pflegebedürftige wie oft braucht. Das Modul beinhaltet 16 Kriterien:

- Medikation
- Injektionen
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandswechsel und Wundversorgung
- Versorgung bei Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden

- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)
- Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- und therapiebedingter Verhaltensvorschriften

## Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

**Wie selbstständig können Sie Ihren Alltag gestalten und Kontakte pflegen? In diesem Modul werden Aspekte wie Tagesablauf gestalten, sich beschäftigen, Aktivitäten planen, Kontakte pflegen beurteilt.**

Im sechsten Modul geht es darum, wie gut der Pflegebedürftige den Alltag alleine bewältigen kann. Hier gilt es festzustellen,

ob er noch in der Lage ist, seine Zeit selbstständig einzuteilen, Aktivitäten zu planen oder soziale Kontakte zu pflegen. Sechs Kriterien sind maßgeblich:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sichbeschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes



## IM FALLE MEINES ABLEBENS ... VORSORGE TREFFEN FÜR DIE ZEIT DANACH

Sich mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen zu müssen, ist nie schön und bedeutet für die meisten von uns Überwindung. Vorsorge zu treffen jedoch, bedeutet auch, Verantwortung zu übernehmen für das, was wir unseren Angehörigen hinterlassen. So vieles muss geregelt, erledigt und übernommen werden, wenn ein Mensch stirbt. Verträge müssen gekündigt, Versicherungen informiert, Freunde und Kollegen benachrichtigt werden und vieles mehr. Für Ihre Angehörigen kann es große Erleichterung bedeuten, wenn Sie sie vorsorgend dabei unterstützen, indem Sie die folgenden Formulare ausfüllen.

Ihre Angehörigen finden hier sowohl eine Liste der ersten Schritte, die nach Ihrem Ableben unternommen werden müssen, als auch Informationen darüber, wo sie wichtige Dokumente und Unterlagen finden können.

Vielleicht haben Sie sich auch schon einmal darüber Gedanken gemacht, was mit Ihren Hinterlassenschaften passieren soll oder wie Sie bestattet werden möchten. Falls Sie dies nun auch in Schriftform umsetzen möchten, informieren wir Sie darüber, worauf es beim Abfassen eines Testamentes ankommt und bieten Ihnen die Möglichkeit, eine Bestattungsverfügung auszufüllen.



## Im Todesfall einzuleitende Maßnahmen – Hinweise für den Angehörigen

**Die folgende Checkliste führt die nach einem Todesfall notwendigen ersten Schritte in einer empfohlenen Reihenfolge auf und soll Ihnen als Angehörigem helfen, nichts Wichtiges zu vergessen.**

- Hausarzt oder ärztlichen Notdienst anrufen. Dieser untersucht und stellt den Totenschein aus. Bei Todesfällen im Krankenhaus wird dies vom Krankenhaus übernommen.
- Benachrichtigung der engsten Angehörigen
- Wichtige Dokumente des Verstorbenen suchen (Personalausweis, Geburtsurkunde, Familienbuch, Bestattungsverfügung usw.)
- Auswahl des Bestattungsinstitutes (Überführung des Leichnams, Klärung der Bestattung)
- Meldung des Todesfalls beim Standesamt (macht ggf. das Bestattungsinstitut) (Beantragung Sterbeurkunde)
- Meldung des Todesfalls bei Krankenkasse und Rentenversicherung
- Traueranzeige aufgeben
- Falls vorhanden: Lebensversicherung und Sterbegeldversicherung benachrichtigen
- Nachlassgericht benachrichtigen (eventuelles Testament einreichen, Erbscheine beantragen)
- Meldung des Todesfalls bei Kreditinstituten, Vereinen, Ämtern
- Kündigung laufender Verträge und Daueraufträge
- Falls vorhanden: Abmeldung KFZ
- Eventuell Haushaltsauflösung veranlassen

## Folgende Personen sollen über mein Ableben informiert werden:

**Menschen, die Ihnen besonders wichtig sind, können natürlich vorrangig und persönlich über Ihren Tod unterrichtet werden.**

### Angehörige:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Freunde:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Nachbarn:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Arbeitgeber bzw. Geschäftspartner:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Betreuer:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

### Hausarzt:

(Name, Adresse, Telefonnummer)

**Pflegeheim:**

(Name, Adresse, Telefonnummer)

**Nicht informiert werden soll:**

(Name, Adresse)



## Welche Verträge müssen gekündigt werden? Wo sind diese zu finden?

**Auch an Versicherungen, Telefonanbieter, Abonnements usw. sollten Sie denken und Dokumente oder Verträge leicht auffindbar aufbewahren. Ihre Angehörigen werden es Ihnen danken, wenn sie nicht alle Schränke und Schubladen durchsuchen müssen. Alternativ können Sie auch die Angaben in das folgende Formular eintragen:**

**Mietvertrag:**

(Name, Anschrift, Telefonnummer des Vermieters)

Aufbewahrung Mietvertrag in/bei:

**Stromversorgung:**

(Versorgungsunternehmen, Kundennummer, Anschrift, Telefonnummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Gasversorgung:**

(Versorgungsunternehmen, Kundennummer, Anschrift, Telefonnummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Wasser-/Abwasserversorgung:**

\_\_\_\_\_  
(Versorgungsunternehmen, Kundennummer, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Lebensversicherung:**

\_\_\_\_\_  
(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Kranken- und Pflegeversicherung:**

\_\_\_\_\_  
(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Unfallversicherung:**

\_\_\_\_\_  
(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Hausratversicherung:**

\_\_\_\_\_  
(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Haftpflichtversicherung (allgemein und Auto):**

\_\_\_\_\_  
(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Berufsunfähigkeitsversicherung:**

\_\_\_\_\_  
(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

**Rechtenschutzversicherung:**

\_\_\_\_\_  
(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

### Sterbegeldversicherung:

(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

### Wohngebäude- oder vergleichbare Versicherungen:

(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

### Rentenversicherung, evtl. Zusatzversicherungen:

(Name der Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

### Mitgliedschaft (z. B. Verein, Organisation usw.):

(Mitgliedschaft: Name, Anschrift, Mitgliedsnummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

(Mitgliedschaft: Name, Anschrift, Mitgliedsnummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

### Telefon/Handy/Internet:

(Anbieter, Kundennummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

### GEZ:

(Kundennummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

### Abonnements/Daueraufträge (Zeitungen, Illustrierte, Theater, Spenden usw.):

(Name, Anschrift, Mitgliedsnummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

### Steuerangelegenheiten:

(Anschrift Finanzamt, Steuernummer)

Aufbewahrung Vertragsunterlagen in/bei:

Der Aufbewahrungsort sensibler Daten, wie Passwörter für Konten, Kreditkarten, Mobiltelefone usw. muss sehr sorgfältig ausgewählt werden. Ein Missbrauch sollte verhindert werden. Daher ist es sinnvoll, missbrauchsanfällige Daten, PIN-Codes usw. sowie die Aufbewahrungsorte von missbrauchsgefährdeten Dokumenten

(Sparbuch, Testament u. Ä.) nur der Person anzuvertrauen, die Ihr volles Vertrauen besitzt. Vermeiden Sie die schriftliche Niederlegung der Zugangsdaten in Ihrem direkten Umfeld. Auch haben Sie die Möglichkeit, das Testament und etwaige andere geheime Dokumente bei einem Notar oder beim Amtsgericht zu hinterlegen.

## Hier verwahre ich weitere wichtige Unterlagen

### Testament:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

Hinterlegt bei: \_\_\_\_\_

(Name, Adresse, Telefonnummer Notar/Amtsgericht)

### Bestattungsverfügung:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Personalausweis:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Reisepass:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Führerschein:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Fahrzeugschein und -brief:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Geburtsurkunde bzw. Stammbuch:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Heiratsurkunde/Ehevertrag/Scheidungsurteil:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Kontoauszüge (Girokonten):

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Verträge für Festgeldanlagen:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Sparbuch:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Unterlagen zu Aktien/Fonds usw.:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Darlehensverträge:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Unterlagen zu Immobilien:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_

### Besondere Wertgegenstände/Bargeldvermögen:

Ort der Aufbewahrung: \_\_\_\_\_



## Bestattungsverfügung

Um Ihre Angehörigen zu entlasten und sichergehen zu können, dass Ihr eigener Wille auch nach Ihrem Tod umgesetzt wird, empfiehlt es sich, zu Lebzeiten eine Bestattungsverfügung zu verfassen. Diese sollte niemals im Testament niedergeschrieben werden, da dieses häufig erst nach Wochen eröffnet wird.

Ich,

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

habe besondere Wünsche in Bezug auf meine Bestattung.

Ich wünsche mir nach meinem Ableben:

eine Erdbestattung

eine Feuerbestattung

eine Baumbestattung in folgender Einrichtung:

andere Art der Bestattung (z. B. Seebestattung, anonymes Grab usw.):

Bevorzugtes Bestattungsunternehmen:

Name, Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zu meiner Bestattung wünsche ich:

keine Bestattungsfeier

eine Bestattungsfeier nach den Wünschen meiner Angehörigen

eine Bestattungsfeier

im engsten Familienkreis

mit Freunden und Bekannten

Die Feier sollte keine Aufbahrung meines Leichnams beinhalten

Eine Liste der Trauergäste liegt gesondert vor. Zu finden:

Die Feier soll eine Aufbahrung beinhalten

Nach der Trauerfeier soll ein Trauermahl in folgendem Restaurant/Café stattfinden:

Es soll eine Trauerfeierrede abgehalten werden

Redner: \_\_\_\_\_

Ich wünsche keine religiöse Trauerfeier

Ich wünsche eine religiöse Trauerfeier der folgenden Kirche/Religionsgemeinschaft:

Es soll keine Musik zu meiner Bestattungsfeier gespielt werden

Es soll folgende Musik von folgenden Interpreten gespielt werden:

\_\_\_\_\_



Ich wünsche mir keinen Blumenschmuck

Ich wünsche mir folgenden Blumenschmuck:

---

Ich wünsche mir statt Kranz oder Blumen eine Spende an:

---

Ich wünsche mir keine Traueranzeige

Ich wünsche mir eine Traueranzeige mit folgendem Text:

---

---

---

---

Weitere Wünsche:

---

---



## Grabstättengestaltung

**Mein Grab soll folgendermaßen gestaltet werden:**

kein Grabmal

ein Grabmal nach den Wünschen meiner Angehörigen

ein Grabmal wie folgend beschrieben: \_\_\_\_\_

---

---

Die Inschrift auf dem Grabmal soll lauten: \_\_\_\_\_

---

---

---



Die Bestattungskosten sind abgedeckt durch:

**Sterbegeldversicherung bei:** \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

**Vorsorgevertrag bei:** \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

**Sparkonto bei:** \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

**Sonstige, hier nicht aufgeführte finanzielle Absicherungen meiner Bestattung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diese Bestattungsverfügung verfasse ich aus freiem Willen und im vollen Besitz meiner geistigen Fähigkeiten. Falls darüber hinaus Unklarheiten bestehen sollten, bitte ich meine Vertrauensperson \_\_\_\_\_ (Name, Adresse) hinzuzuziehen, um die notwendigen Entscheidungen zu treffen, damit die Umsetzung entsprechend meines mutmaßlich letzten Willens erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

## „Wie verfasse ich ein Testament?“

**Ein Testament zu verfassen ist keine Kunst, das Erbe in Ihrem Sinn zu verteilen manchmal schon. Wenn Sie es also nicht den Hinterbliebenen überlassen wollen, sollten Sie sich bereits zu Lebzeiten Gedanken machen, wer was bekommen soll. Einige Formalitäten gilt es allerdings einzuhalten. Diese sind im Folgenden aufgeführt. Wichtig zu wissen ist auch, dass Sie jederzeit das bereits geschriebene Testament widerrufen und ein neues erstellen können. Gleiches gilt für die Benennung des Testamentsvollstreckers.**

### Allgemeine Kriterien

Ein Testament:

- ist notwendig, wenn Sie außerhalb der gesetzlichen Erbfolge etwas vererben möchten (z. B. einem Lieblingsneffen, einer Stiftung, einem besondern Freund usw.) oder wenn Sie z. B. Ihr Erbe in einer besonderen Weise auf Ihre Kinder und Enkel verteilen möchten.
- kann das Anrecht auf einen Pflichtanteil von Ehepartner, Kindern oder Enkeln nicht aushebeln.
- muss handschriftlich zu Papier gebracht werden.

- sollte als Überschrift: „Testament“ oder „Mein letzter Wille“ tragen.
- sollte klar und deutlich formuliert sein.
- sollte Personen mit Vor- und Nachnamen benennen, Gegenstände und deren Aufbewahrungsort eindeutig bezeichnen.
- muss eigenhändig unterschrieben werden.
- sollte mit Ortsangabe und Datum versehen sein.
- kann auch von einem Notar beurkundet werden (kostenpflichtig).
- kann jederzeit geändert werden. Dabei sollte das Testament neu aufgesetzt und das alte vernichtet werden.
- sollte beim Nachlassgericht oder bei einer Person des Vertrauens hinterlegt werden.

## Impressum

### Herausgeber

klarigo –  
Verlag für Patientenkommunikation oHG  
Patricia Martin, Kim Zulauf  
Bergstraße 106 a  
64319 Pfungstadt  
www.klarigo.eu

Die klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG ist bestrebt, vollständige, aktuelle und inhaltlich zutreffende Informationen in dieser Broschüre zusammenzustellen. Gleichwohl kann keinerlei Gewähr für die Vollständigkeit, Aktualität oder inhaltliche Richtigkeit der dargestellten Informationen übernommen werden. Sollten Sie Fragen zu medizinischen oder gesundheitlichen Aspekten haben, die in der vorliegenden Broschüre thematisiert werden, oder auf Basis der in der vorliegenden Broschüre enthaltenen Informationen medizinisch oder gesundheitlich relevante Entscheidungen treffen wollen, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder eine sonstige hierfür qualifizierte Auskunftsstelle. Sofern über Quellenangaben oder Empfehlungen für weiterführende Informationen auf andere Druckwerke, Internetseiten oder sonstige Informationsquellen verwiesen wird, haftet die klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG in keiner Weise für dortige Darstellungen.

Diese Broschüre oder Auszüge dieser Broschüre dürfen nicht ohne schriftliche Einwilligung des Verlages in irgendeiner Form mit elektronischen oder mechanischen Mitteln reproduziert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Alle Rechte vorbehalten.

Fotos: alle Photocase – Titel, S. 3, S. 24: ©leicagirl, S. 8: ©bit.it, S. 11: ©bigway, S. 12: ©complize, S. 15: ©Judywie, S. 16, 17: ©manun, S. 18: ©sanwen, S. 28: ©sonnentaler, S. 35: ©Nora Teichert, S. 37: ©Helgi, S. 38: ©fh., S. 39: ©una.knipso

## Notfallausweis

Meine persönlichen Daten:

Name Angehöriger

Anschrift

Telefon

Diese Karte können Sie z. B. in Ihrem Geldbeutel aufbewahren und immer mit sich führen. Im Notfall kann so der Rettungsdienst oder Notarzt sofort erkennen, wen er benachrichtigen muss.

Bitte benachrichtigen Sie im Notfall:

Name Angehöriger

Anschrift

Telefon

Name behandelner Arzt

Anschrift

Telefon



Mit freundlicher Unterstützung von

