



**COBURG**  
Der Landkreis

# NOTFALLMAPPE

Ich bin vorbereitet



## Grußwort Landrat

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

niemand wünscht sich, von einem medizinischen Notfall betroffen zu sein. Wenn er aber eintritt, kann es entscheidend sein, so schnell wie möglich wichtige Informationen zur Hand zu haben. Unser Fachbereich Senioren am Landratsamt Coburg hat für Sie eine Notfallmappe zusammengestellt. Nutzen Sie diese und tragen Sie dort Ihre persönlichen Daten und Hinweise ein. In unserer Notfallmappe haben wir alle wichtigen Themen berücksichtigt, damit diese in einem Ernstfall gebündelt zur Verfügung stehen. Ärzte und Angehörige können darauf zurückgreifen und Ihnen schnell und in Ihrem Interesse helfen.

Ich hoffe natürlich, dass Sie diese Mappe nie benötigen. Ich lege Ihnen dennoch ans Herz, diese Notfallmappe auszufüllen und leicht auffindbar bereitzuhalten – man weiß ja nie...

In diesem Sinne – bleiben Sie gesund und munter!

Ihr Landrat



Sebastian Straubel

# Inhaltsverzeichnis

Grußwort Landrat .....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Anleitung zur Notfallmappe .....	5
1. Für den Notfall und Notarzt .....	7
1.1 Wichtige Rufnummern.....	7
1.2 Blitzinformation für den Notarzt .....	9
1.3 Zur Aufbewahrung im Portemonnaie .....	11
1.4 Krankenhausaufenthalt – An was muss ich im Notfall denken? .....	13
2. Meine persönlichen Angaben und Daten.....	14
2.1 Persönliche Angaben .....	14
2.2 Angaben zur bevollmächtigten Person* (* Ehepartner, Freund, Vertrauter).....	14
2.3 Nahestehende Personen .....	16
2.4 Medizinische Daten/Medikamente.....	16
2.5 Behandelnde Ärztinnen/Ärzte .....	19
2.6 Mein ambulanter Pflegedienst: .....	20
2.7 Krankenversicherung .....	20
2.8 Berufliches .....	21
2.9 Einkommen .....	22
2.10 Rente .....	22
2.11 Versicherungen .....	23
2.12 Fahrzeuge.....	24
2.13 Sonstige wichtige Personen und Institutionen .....	24
2.14 Folgendes ist mir noch wichtig: .....	24
3. Ich kann für mich selbst nicht mehr entscheiden .....	25
Stopp! Ab hier nur als autorisierte Person von Seite 5 weiterlesen .....	25
3.1 Vollmachten und Verfügungen .....	26
3.2 Eigene Angaben über Verfügungen/Vollmachten.....	28
3.3 Bankkarten / Kreditkarten .....	29
3.4 Laufende Abbuchungen / Verbindlichkeiten .....	30
3.5 Wohnen.....	32
3.5.1 Zur Miete (Wohnung, Garage....) .....	32
3.5.2 Eigentum.....	33
3.5.3 Vermietung.....	34
3.6 Mitgliedschaften .....	35
3.7 Haustiere.....	36

3.8	Digitale Angelegenheiten .....	37
4.	Im Todesfall.....	39
4.1	Meine persönliche Vorkehrung für den Todesfall.....	39
4.2	Meine persönlichen Wünsche zur Bestattung.....	39
4.3	Testamentarische Verfügungen .....	40
4.4	Was mir sonst noch wichtig ist .....	41
5.	Infoblätter/Checklisten.....	42
5.1	Was ist beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit zu tun?.....	42
5.2	Was mir bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit persönlich wichtig ist:.....	44
5.3	Informationsblatt für den Todesfall .....	47
	Impressum .....	48

# Anleitung zur Notfallmappe

Eigenverantwortlich möchten Sie sich für den Ernstfall vorbereiten – eine gute Entscheidung! Mit diesem Unterlagen verschaffen Sie sich und eventuell Ihren Angehörigen einen umfassenden Überblick über Ihre wichtigsten persönlichen Unterlagen – für alle Fälle.

Hier können Sie

- wichtige Dokumente für den Notfall
- wichtige Dokumente für den Pflegefall
- wichtige Dokumente für den Nachlass

übersichtlich zusammenstellen, sortieren, aufbewahren und andere Aufbewahrungsorte vermerken.

## Warum eine Notfallmappe?

- Wichtiges lässt sich schnell finden.
- In einem Notfall fehlt meist die Zeit und die Ruhe für das Suchen!
- Was ist im Todesfall zu regeln?

### Notfallmappe von

Name und Vorname: .....

ausgefüllt am: .....

von: .....

### Was ist zu tun?

1. Drucken Sie das gesamte Dokument aus.
2. Füllen Sie alle für Sie relevanten Seiten aus.
3. Legen Sie einen Ordner mit dem Namen „Notfallmappe“ an.
4. Heften Sie die ausgefüllten Seiten in einem Ordner ein.
5. Aktualisieren Sie ihre Notfallmappe regelmäßig mit Angabe des aktuellen Datums.
6. Bestimmen Sie einen Bevollmächtigten\*, der berechtigt ist, ab dem Teil 3 auf die Notfallmappe zuzugreifen

Nachfolgende bevollmächtigte Personen sind autorisiert ab dem Teil 3 auf diese Notfallmappe zuzugreifen:

Name und Vorname:

.....

Name und Vorname:

.....



# 1. Für den Notfall und Notarzt

## 1.1 Wichtige Rufnummern

**Am besten neben das Telefon legen!**

Unsere Empfehlung: Speichern Sie die wichtigsten Telefonnummern als Kurzwahl auf Ihrem Telefon ab!

<b>Ärztlicher Notdienst</b>	<b>116 117</b>
<b>Giftnotruf Bayern</b>	<b>089 -19240</b>
<b>Hausarzt Telefonnummer:</b>	_____
<b>Polizei</b>	<b>110</b>
<b>Rettungsdienst / Feuerwehr</b>	<b>112</b>

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Kontaktperson, die im Notfall zuerst informiert werden soll:**

Name  
.....

Adresse  
.....

Telefon  
.....

Amtsgericht  
.....

Pflegedienst  
.....

**Folgendes Kind/Tier muss versorgt werden:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_







## 1.2 Blitzinformation für den Notarzt

Das ausgefüllte Blatt im Notfall dem Rettungsdienst und dem Krankenhaus aushändigen

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Ort

.....  
Krankenversicherung

.....  
Versichertenkartennummer

Nahestehende Person, die zu benachrichtigen ist:

.....  
Name und Mobilnummer

**Ärztliche Diagnosen:** (durch den Hausarzt ausfüllen lassen oder aktuellen Diagnoseplan vom Hausarzt ausdrucken lassen und beilegen)

.....  
Name und Telefonnummer des Hausarztes

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

- Allergien
- Diabetes
- Dialyse
- gerinnungshemmende Mittel
- Herzschrittmacher
- HIV/AIDS
- Hepatitis

- Allergiepass
- Betreuungsverfügung
- Impfausweis
- Organspendeausweis
- Implantate

Vorsorgevollmacht vorhanden?

- ja, wo?

Betreuungsvollmacht vorhanden?

- ja, liegt bei:

Patientenverfügung vorhanden?

- ja, liegt bei:

Lassen Sie sich am besten einen **aktuellen** Medikamentenplan bei Ihrem Hausarzt zweifach ausdrucken und legen Sie an dieser Stelle einen bei. Alternativ können Sie auch die Tabelle selbst ausfüllen.

Regelmäßige Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

.....  
Datum

.....  
Unterschrift



## **Existiert ein Medikamentenplan und Diagnosebogen?**

Bitte jeweils zweimal vom Arzt ausfertigen lassen.

Heften Sie Medikamentenplan und Diagnosebogen in einer Klarsichtfolie zusammen mit der Blitzinformation für den Notarzt hier ab.

Die zweite Ausfertigung legen Sie Teil 2 bei.

### 1.3 Zur Aufbewahrung im Portemonnaie

#### **Für den Notfall**

Ich heiÙe: .....

Meine Adresse:

.....

.....

Meine Kontaktperson:

Name .....

Telefon .....

Hausärztin/Hausarzt .....

Telefon .....

Krankenkasse.....

Geb. Datum: .....

Wichtigste Krankheiten:

.....

.....

.....

.....

.....

Allergien:

.....

.....

Medikamente (Name), regelmäßig:

.....

.....

.....

Minderjähriges Kind, pflegende Person, etc.  
die auf Sie wartet:

.....

.....





## 1.4 Krankenhausaufenthalt – An was muss ich im Notfall denken?

### **Tipp!**

Halten Sie eine gepackte Krankenhaustasche für den Notfall fertig gepackt bereit!

Die Tasche steht: \_\_\_\_\_

- Versichertenkarte
- Zuzahlungsbefreiungskarte
- Personalausweis
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Brille  Hörgerät  Prothese  Gehhilfe
- Medikamentenplan
- Diagnoseblatt vom Arzt
- Geringe Menge Bargeld
- Anschriften, Telefonnummern der nächsten Angehörigen und Freundinnen/Freunde habe ich dabei
- Haus- und/oder Wohnungsschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarinnen und Nachbarn sind informiert (Post, Blumen, Haustiere)
- Sterbegeldversicherung
- Betreuungsverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung

## 2. Meine persönlichen Angaben und Daten

### 2.1 Persönliche Angaben

.....  
Name

Vorname

.....  
Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

.....  
Geburtsdatum

Geburtsort

.....  
Telefon

Mobil

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Konfession

Kirchengemeinde

.....  
Familienstand

.....  
Tag und Ort (Standesamt) der Eheschließung / Lebenspartnerschaft

.....  
Bei Scheidung – Datum

Gericht

### 2.2 Angaben zur bevollmächtigten Person\* (\* Ehepartner, Freund, Vertrauter)

.....  
Name

Vorname

.....  
Evtl. früherer Name

.....  
Anschrift (falls abweichend)

.....  
Telefon

Mobil

Für folgende genannte Kinder bin ich verantwortlich:

Name	Vorname
Geburtsdatum <input type="checkbox"/> minderjährig	Telefon <input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> behindert	

Name	Vorname
Geburtsdatum <input type="checkbox"/> minderjährig	Telefon <input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> behindert	

Weitere erziehungsberechtigte Person ist:

Name	
Adresse	Telefon

Haben Sie über eine testamentarische Verfügung/Testament für Ihre Kinder nachgedacht? Denken Sie daran im Teil 4.3. zu notieren, wo diese hinterlegt ist.

**Für meine Kinder ist Folgendes wichtig:**

<b>Name</b>			
<b>essen</b>			
<b>einschlafen</b>			
<b>Freunde</b>			
<b>Schule</b>			
<b>Umgang</b>			

Unser Familienbuch liegt:

.....

### 2.3 Nahestehende Personen

Name	Telefon

### 2.4 Medizinische Daten/Medikamente

**Blutgruppe:**

.....

**Pflegegrad:**

.....

Seit: .....

**Allergien**

Nein      Ja

    

Wo ist der Allergiepass zu finden:

.....

Falls kein Allergiepass existiert, welche Allergien sind bekannt?

.....

.....

**Impfungen**

Impfpass  
vorhanden

Nein      Ja

    

Wenn ja, wo ist der Impfpass zu finden

.....



**Diabetes**    Nein     ja

Wenn ja, ist ein Diabetes-Pass vorhanden?     Ja     Nein

Wenn ja, wo ist der Diabetes-Pass zu finden?

.....

**Medikation**        Insulinpflichtig        Tabletten

### Blutverdünnung

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel?    Nein     Ja

Wenn ja, welche: .....

Ausweis über Blutverdünnung (Antikoagulanzenpass - „roter Pass“) ist wo zu finden?

.....

### Implantate

Tragen Sie Implantate?    Nein     Ja

Wenn ja, welche? (z.B. Herzschrittmacher, Hüftgelenk, Kniegelenk, Auge...)

.....

.....

### Hilfsmittel

Benötigen Sie Hilfsmittel?  
(z.B. Hörgerät, Rollstuhl, Brille,    Nein     Ja   
Gehstock, Rollator ...)

Wenn ja, welche sind für mich unerlässlich?

.....

### Organspende Ausweis

Haben Sie einen Organspende Ausweis?    Nein     Ja

Wenn ja, wo ist dieser zu finden? .....

Sind Sie Organspender?    Nein     Ja

## Behinderung

Haben Sie einen  
Schwerbehindertenausweis?

Nein  Ja

Merkzeichen Art der  
Behinderung:

.....

**Eigene Ergänzungen (z.B. chronische Krankheiten, Tumorerkrankungen, Dialyse, HIV, Epilepsie, Hauterkrankungen, ...)**


## Aktueller Medikamentenplan

Bitte heften Sie an dieser Stelle Ihren aktuellen Medikamentenplan Ihres Hausarztes ab.  
Sollte Ihnen dieser nicht vorliegen, ergänzen Sie die Tabelle und vergessen Sie nicht diesen  
immer wieder zu aktualisieren!

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends	nachts

**Aktualisiert am:**

1. Datum

2. Datum

3. Datum

4. Datum

5. Datum

**Operationen:**

Welche?	Wann?	Wo?

**2.5 Behandelnde Ärztinnen/Ärzte**

**Ärzte/Ärztinnen bei den ich regelmäßig in Behandlung bin:**

Arzt	Name	Adresse	Telefonnummer
Hausarzt			
Zahnarzt			

## 2.6 Mein ambulanter Pflegedienst:

.....  
Name

Telefon

.....  
Adresse

## 2.7 Krankenversicherung

**Gesetzlich**

**Privat**

.....  
Name der Krankenkasse

Telefon

.....  
Anschrift

Versichertennummer

⇒ Die Versichertenkarte befindet sich wo? .....

### **Krankenzusatzversicherung, falls vorhanden:**

.....  
Name der Zusatzversicherung

Telefon

.....  
Anschrift

Versicherungsnummer

### **Pflegeversicherung (privat):**

.....  
Versicherungsgesellschaft

Telefon

.....  
Anschrift

Versicherungsnummer

.....  
Versicherungsgesellschaft

Telefon

.....  
Anschrift

Versicherungsnummer

## 2.8 Berufliches

### Für Arbeitnehmer\*innen

.....  
Beruf, Tätigkeit

.....  
Name des Arbeitgebers

.....  
Adresse des Arbeitgebers

.....  
Telefon

### Für Selbstständige

.....  
Name der Firma

.....  
Anschrift der Firma

.....  
Telefon

.....  
Handelsregister, Finanzamt

.....

## 2.9 Einkommen

Art des Bezuges	Zahlende Stelle mit Anschrift	Telefon
Lohn		
Arbeitslosengeld I oder II		
Kindergeld		
Wohngeld		
Lastenausgleich		
Krankengeld		
Pflegegeld		

## 2.10 Rente

	Versicherungsnummer Versicherung mit Anschrift	Telefon
Rentenversicherung		
Berufsständische Rentenversicherung		
Beamtenversorgung		
Betriebsrente/ Zusatzversorgung		
Hinterbliebenenrente		
Riesterrente		
Freiwilligen Rentenversicherung		

## 2.11 Versicherungen

**Meine Versicherungsangelegenheiten werden betreut von:**

- mir persönlich
- einem Versicherungsmakler
- anderer Person:

.....  
Name

.....  
Telefon

Art der Versicherung	Versicherungsnummer Versicherung mit Anschrift	Telefon
Gebäudeversicherung		
Hausrat		
KFZ Versicherung		
Lebensversicherung		
Private Haftpflicht		
Rechtenschutzversicherung		
Sterbegeldversicherung		
Unfallversicherung		

## 2.12 Fahrzeuge

<b>Fahrzeugart</b>				
<b>Amtliches Kennzeichen</b>				
<b>Versicherung</b>				
<b>Versicherungsnummer</b>				
<b>Regelmäßiger Standort</b>				
<b>Angaben zur Finanzierung/ Leasing</b>				
<b>Fahrzeugbrief wo?</b>				
<b>Schlüssel wo?</b>				

Nutzen Ihre Kinder Fahrzeuge, die Ihnen gehören?

Ja

Nein

Nähere Angaben dazu:

.....

## 2.13 Sonstige wichtige Personen und Institutionen

Person / Institution	Name	Anschrift	Telefon
<b>Steuerberater</b>			
<b>Rechtsanwalt</b>			
<b>Notar</b>			
<b>Kirche</b>			

<b>Finanzamt:</b>	<b>Steuernummer:</b>
<b>Persönliche Steuer-Identifikationsnummer:</b>	

## 2.14 Folgendes ist mir noch wichtig:

.....

.....



### 3. Ich kann für mich selbst nicht mehr entscheiden

**Stopp! Ab hier nur als autorisierte Person von Seite 5 weiterlesen**

VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN  
FINANZEN  
WOHNEN  
PERSÖNLICHE DINGE  
HAUSTIERE

**STOP!**

AB HIER NUR ALS  
BEVOLLMÄCHTIGTE  
PERSON, DIE ZU BEGINN  
AUTORISIERT  
WURDE, ZUGREIFEN

### 3.1 Vollmachten und Verfügungen

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

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

- **Vorsorgevollmacht**

Die Vorsorgevollmacht ist ein privatrechtlicher Vertrag zwischen autonomen Partnern.

Der Vollmachtgeber muss geschäftsfähig sein.

Der Vollmachtnehmer kann nach Vorlage der Vollmacht und Einhalten der Eintrittsbedingungen direkt handeln.

Basis: Absolutes Vertrauen.

Wichtiger Hinweis für Bankgeschäfte/Vermögensangelegenheiten:

Wollen Sie die Person Ihres Vertrauens mit der Wahrnehmung Ihrer Bankangelegenheiten bevollmächtigen, ist es ratsam, diese Vollmacht gesondert auf dem von den Banken und Sparkassen an-gebotenen Vordruck „Konto-/Depotvollmacht“ zu erteilen. In dieser Konto-/Depotvollmacht sind die im Zusammenhang mit Ihrem Konto oder Depot wichtigen Bankgeschäfte im Einzelnen erfasst. Zu Ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie die Vollmacht im Rahmen eines Termins bei Ihrer Bank erteilen. Ihr Kreditinstitut wird Sie sicherlich gerne – auch telefonisch – beraten. Wenn Sie zum Abschluss eines Darlehensvertrages bevollmächtigen wollen, müssen Sie die Vollmacht notariell beurkunden lassen.

(Quelle: Bayerisches Staatsministerium der Justiz: Vorsorge für Unfall Krankheit Alter, 19. Auflage, München, C.H.Beck Verlag, 2019, S.19)

Formularvordruck für eine Vorsorgevollmacht vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz:

[https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge\\_unfall\\_krankheit\\_alter\\_19\\_aufgabe\\_2019.pdf](https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_aufgabe_2019.pdf)

(Ab Seite 21)

- **Betreuungsverfügung**

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, und zwar durch eine Betreuungsverfügung. Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll). Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich. Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat. Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.

(Quelle: Bayerisches Staatsministerium der Justiz: Vorsorge für Unfall Krankheit Alter, 19. Auflage, München, C.H.Beck Verlag, 2019, S.25)

Formularvordruck für eine Betreuungsverfügung vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz:

[https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge\\_unfall\\_krankheit\\_alter\\_19\\_aufgabe\\_2019.pdf](https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_aufgabe_2019.pdf) (Ab Seite 26)

- **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. Ob oder in welcher Form lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden sollen, wenn Sie selbst in dieser Situation nicht mehr entscheiden können, legen Sie in dieser Verfügung fest. Basis: Intaktes Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient; ggf. wird zur Umsetzung des Patientenwillens eine bevollmächtigte Person oder Betreuerin/Betreuer benötigt.

Formularvordruck für eine Patientenverfügung vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz:

[https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge\\_unfall\\_krankheit\\_alter\\_19\\_aufgabe\\_2019.pdf](https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_aufgabe_2019.pdf)

(Ab Seite 28)

**Wir empfehlen die Originaldokumente jeweils zu kopieren um Missbrauch vorzubeugen und die Originale nicht aus der Hand zu geben!**

Zu den Themen Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung und Patientenverfügung erhalten Sie auch gerne Auskunft im Landratsamt Coburg.

**Landratsamt Coburg – Betreuungsstelle  
Telefon (09561) 514-2505 oder -2506**

### 3.2 Eigene Angaben über Verfügungen/Vollmachten

**Existiert eine  
Vorsorgevollmacht?**

Nein  Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....  
Name Telefonnummer

.....  
Straße, PLZ Ort

**Existiert eine  
Betreuungsverfügung?**

Nein  Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....  
Name Telefonnummer

.....  
Straße, PLZ Ort

**Existiert eine  
Patientenverfügung?**

Nein  Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....  
Name Telefonnummer

.....  
Straße, PLZ Ort

**Wer besitzt einen Zweitschlüssel (z. B. für Wohnung/Briefkasten):**

.....  
Name Telefon



**Haben Sie im Haus Wertgegenstände, Schmuck oder Bargeld versteckt, denken Sie rechtzeitig daran, eine vertraute Person darüber zu informieren oder nutzen Sie die Möglichkeit eines Schließfaches bei der Bank!**

**Bankschließfach**

Ja  Nein

Falls ja:

Das Bankschließfach befindet sich bei der Bank:

.....

Der Schlüssel befindet sich:

.....

.....  
ID

.....  
Kennwort

**3.4 Laufende Abbuchungen / Verbindlichkeiten**

Miete, Kredite, Versicherungen, Vereine, Strom, Wasser, KFZ, Haus, Privatpersonen, Finanzierungen, Daueraufträge....

Institution/Person/Vertrag	Bank	Laufzeit	Betrag	Lastschrift oder Einzugsermächtigung
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>
				Lastschrift <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/>



### 3.5 Wohnen

#### 3.5.1 Zur Miete (Wohnung, Garage....)

.....  
Art und Adresse Mietobjekt

.....  
Name der Vermieterin / des Vermieters

Telefon

.....  
Adresse

Mietvertrag liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei: .....

.....  
Art und Adresse Mietobjekt

.....  
Name der Vermieterin / des Vermieters

Telefon

.....  
Adresse

Mietvertrag liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei: .....

.....  
Art und Adresse Mietobjekt

.....  
Name der Vermieterin / des Vermieters

Telefon

.....  
Adresse

Mietvertrag liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei: .....



### 3.5.2 Eigentum

.....  
Art und Adresse Objekt

.....  
Grundsteueramt

.....  
Steuernummer

.....  
Grundbuchauszug liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei:  
.....

Haus/Eigentum:

Ist belastet mit Hypothek

Ja

Nein

Ist mein alleiniges Eigentum

Ja

Nein

Eigentümergeinschaft

Ja

Nein

Mit folgenden Personen: .....

Hausverwaltung:

Ja

Nein

Benachrichtigen unter folgender Nummer: .....

.....  
Art und Adresse Objekt

.....  
Grundsteueramt

.....  
Steuernummer

.....  
Grundbuchauszug liegt:

Ersatz- oder Zweitschlüssel bei:  
.....

Haus/Eigentum:

Ist belastet mit Hypothek

Ja

Nein

Ist mein alleiniges Eigentum

Ja

Nein

Eigentümergeinschaft

Ja

Nein

Mit folgenden Personen: .....

Hausverwaltung:

Ja

Nein

Benachrichtigen unter folgender Nummer: .....

### 3.5.3 Vermietung

Ich verwalte meine Immobilien selbst:  Ja  Nein

Um die Verwaltung kümmert sich:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

.....  
Adresse Objekt

.....  
Mieterin / Mieter

.....  
Telefon

.....  
Mietvertrag vom

.....  
Kündigungsfrist

.....  
Kautions

Mietvertrag liegt: .....

.....  
Adresse Objekt

.....  
Mieterin / Mieter

.....  
Telefon

.....  
Mietvertrag vom

.....  
Kündigungsfrist

.....  
Kautions

Mietvertrag liegt: .....

.....  
Adresse Objekt

.....  
Mieterin / Mieter

.....  
Telefon

.....  
Mietvertrag vom

.....  
Kündigungsfrist

.....  
Kautions

Mietvertrag liegt: .....



### 3.7 Haustiere

<b>Tier / Art und Name</b>			
<b>Tierarzt / Ort Telefonnummer</b>			
<b>Impfpass – wo?</b>			
<b>Person, die sich im Notfall um das Tier kümmert / Telefon</b>			
<b>Steuernummer</b>			
<b>Chipnummer</b>			
<b>Vorlieben des Tieres</b>			
<b>Was das Tier nicht mag</b>			
<b>Sonstiges Wichtiges</b>			
<b>Was soll mit dem Tier passieren, wenn ich mich nicht mehr selbst kümmern kann?</b>			

**Machen Sie sich Gedanken, was mit Ihrem Tier passieren soll, wenn Sie sich nicht mehr selbst kümmern können, besprechen Sie das mit Ihrer Vertrauensperson und schreiben Sie das hier mit nieder!**

### 3.8 Digitale Angelegenheiten

Die folgende Liste trennen Sie bitte heraus und hinterlegen diese an einem sicheren Ort (z.B. Bankschließfach), über den Sie Ihre bevollmächtigte Person von Seite 5 informieren!



E-Mail-Adressen, soziale Netzwerke, Homepages und Ähnliches

Meine Passwörter sind an folgendem Ort schon hinterlegt:

.....

Beschreibung Account	Benutzername	Kennwort/ Passwort	Zugriffsinformation
Bankkarte			
Kreditkarte			
Handy			
E-Mail Account			
Amazon			
Paypal			





## 4. Im Todesfall

### 4.1 Meine persönliche Vorkehrung für den Todesfall

Treffen Sie schon im Voraus Vorsorge für den Todesfall bei einem Beerdigungsinstitut und vergleichen Sie die verschiedenen Leistungen und Preise. So haben Sie alles Wichtige nach Ihren Wünschen geregelt.

Meine Bestattung ist bereits bei einem Institut geregelt  Ja  Nein

Name/Telefonnummer:.....

Unterlagen dazu sind hinterlegt, wo?

.....

Die Bestattung ist bereits bezahlt:  Ja  Nein

### 4.2 Meine persönlichen Wünsche zur Bestattung

**Art der Bestattung:**

.....

**Einkleidung meines Körpers:**

.....

.....

**Sarg, Sargausstattung, Urne, Sonstiges:**

.....

.....

**Trauerfeier Ort:**

.....

.....

**Ausgestaltung der Trauerfeier:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Musikwunsch zur Trauerfeier:**

.....

**Weitere Wünsche:**

.....

.....

.....

.....

.....

### 4.3 Testamentarische Verfügungen

**Es gibt eine testamentarische Verfügung bzw. ein Testament**

Nein  Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....  
Name Telefonnummer

.....  
Straße, PLZ Ort

**Testamentarische Verfügung für das Sorgerecht:**

Nein  Ja

Wenn ja, diese wird verwahrt bei:

.....  
Name Telefonnummer

.....  
Straße, PLZ Ort



#### 4.4 Was mir sonst noch wichtig ist

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 5. Infoblätter/Checklisten

### 5.1 Was ist beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit zu tun?

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

Bei allen Fragen stehen Ihnen die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort selbstverständlich immer zur Verfügung.

Pflegestützpunkt Coburg: Oberer Bürglaß 1  
96450 Coburg  
Telefon 09561 89-2550 oder 89-2551  
E-Mail [pflegestuetzpunkt@coburg.de](mailto:pflegestuetzpunkt@coburg.de)  
Website <http://www.coburg.de/pflegestuetzpunkt>

Informationen erhalten Sie auch:

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit  
Tel.: (030) 3406066-02

Pflegetelefon des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen, Jugend/  
Tel.: (030) 20179131  
Informationsportal: [www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de)

## 5.2 Was mir bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit persönlich wichtig ist:

Nach einem Unfall oder bei schwerer Krankheit kann es passieren, dass man sich nicht mehr richtig mitteilen kann. Gerade dann ist es wichtig, bestimmte „Vorlieben“ zu kennen und dem Pflegepersonal mitgeben zu können. Zum Beispiel, dass ich Nachthemden bevorzuge und immer auf dem Rücken schlafe.

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

### Beispiele als Ausfüllhilfe

ABEDL	Vorlieben	Abneigungen	Gewohnheiten/ Möglichkeiten
kommunizieren	z. B. bevorzuge Ansprache mit Du		z. B. verstehe nur in Maßen Deutsch, Muttersprache Türkisch
sich bewegen	z.-B. gehe gerne spazieren		
vitale Funktionen			z. B. hat am Morgen immer einen niedrigen Blutdruck
sich pflegen	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
ausscheiden können		z. B. keine Begleitperson erwünscht	z. B. Toilettengang morgens nach dem Frühstück, nach einer Zigarette
sich kleiden	z. B. trage gerne Röcke		z. B. trage auch im Winter Kurzarm
ruhen und schlafen	z. B. kann nur auf der rechten Seite einschlafen		z. B. schlafe immer bei gekippten Fenster, kleines, gedämpftes Licht muss anbleiben
sich beschäftigen	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
Sicherheit			z. B. Angst im Dunkeln, schlafe bei
soziale Bereiche	z. B. mag gerne Geselligkeit		z. B. bin Einzelgänger
existenzielle Erfahrungen		z. B. komme schlecht mit Konflikten klar	z. B. bin eher Konfliktvermeidend
Umgang mit Tod			z. B. habe keine Angst vor dem Tod, aber Sorge leiden zu müssen, Schmerzen zu haben

## Ausfüllbogen

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

Musik			

## 5.3 Informationsblatt für den Todesfall

### **Totenschein**

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

### **Sterbeurkunde**

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

### **Bestattungsunternehmen**

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

### **Bestattungstermin**

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

### **Sonderregelungen Feuerbestattung**

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

### **Trauerrednerin/Trauerredner**

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

### **Erbschein**

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

### **Testament**

Es gibt zwei Formen

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

Existiert kein gültiges Testament, gilt die gesetzliche Erbfolge.

## Herausgeber und Redaktion

Landratsamt Coburg  
Geschäftsleitender/ Pressestelle  
Frank Altrichter  
Lauterer Straße 60  
96450 Coburg

## Inhalt

Landratsamt Coburg  
Fachbereich Senioren  
Anja Zietz  
Telefon 09561/ 514-2500  
E-Mail [senioren@landkreis-coburg.de](mailto:senioren@landkreis-coburg.de)  
Internet [www.landkreis-coburg.de](http://www.landkreis-coburg.de)

## Foto

Foto© fotomek - stock.adobe.com

Stand: Januar 2024

---

Die erfolgten Angaben sind unverbindlich und dienen lediglich zu Informationszwecken. Die Inhalte stellen zudem keine Rechtsberatung dar und ersetzen diese auch nicht. Haftungsansprüche gegen das Landratsamt Coburg, die



durch die Nutzung der in der Publikation enthaltenen Informationen verursacht werden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.