

Landkreis Diepholz
... gut miteinander leben

Notfallmappe

Fachdienst Soziales

“ein Gefühl der Sicherheit
in allen Lebenslagen”

für

Name:

INHALTSVERZEICHNIS

- 1.** Für den Notfall
Wichtige Rufnummern

- 2.** Persönliche Daten
Hausarzt
Fachärzte
Pflegedienst

- 3.** Medizinische Daten
Stationäre Behandlungen
Ambulante Behandlungen

- 4.** Versicherungen
Nachlassangelegenheiten
Bestattungsvorsorge
Digitaler Nachlass

- 5.** Eigene Wünsche/Wertvorstellung
Hinweise zur Patientenverfügung
Vorsorgevollmacht
Betreuungsverfügung
Schweigepflichtentbindung

Für den Notfall (bitte neben das Telefon legen)

Polizei 110

Feuerwehr 112

Rettungsdienst einschl. Notarzt 112

Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117

(bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten
Ihres Hausarztes)

Mein Hausarzt

Name, Anschrift der Praxis

Telefonnummer

Mein Name

Meine Adresse

Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Meine Kontaktperson

Name

Telefonnummer

Adresse



Für den Notfall (zur Aufbewahrung in der Geldbörse)

Polizei 110

Feuerwehr 112

Rettungsdienst einschl. Notarzt 112

Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117

(bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen,
außerhalb der Praxiszeiten Ihres Hausarztes)

Mein Hausarzt:

Name, Anschrift der Praxis

Telefonnummer

Mein Name

Meine Adresse

Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Meine Kontaktperson

Name

Telefonnummer

Adresse



Für den Notfall (zur Aufbewahrung in der Geldbörse)

Polizei 110

Feuerwehr 112

Rettungsdienst einschl. Notarzt 112

Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117

(bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen,
außerhalb der Praxiszeiten Ihres Hausarztes)

Mein Hausarzt:

Name, Anschrift der Praxis

Telefonnummer

Mein Name

Meine Adresse

Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Meine Kontaktperson

Name

Telefonnummer

Adresse

Wichtige Rufnummern

Polizei **110**

Feuerwehr **112**

Rettungsdienst einschl. Notarzt **112**

Ärztlicher Bereitschaftsdienst **116 117**
(bei nicht lebensbedrohlichen
Erkrankungen, außerhalb der
Praxiszeiten Ihres Hausarztes)

Giftnotrufzentrale Göttingen **0551 - 19240**

Krankentransporte
(Feuerwehreinsatz- und
Rettungsleitstelle Diepholz) **05441 - 59220**

Mein Hausarzt

**Andere Ärzte, bei denen ich in
ständiger Behandlung bin**

Mein ambulanter Pflegedienst

Persönliche Daten

Name

Vorname/n

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Haus- Nr.

PLZ Wohnort

Telefonnummer

Handy

Fax

E-Mail

Konfession

Kirchengemeinde

Familienstand

Name Ehepartner/ Lebenspartner

Evtl. abweichende Adresse Ehepartner/ Lebenspartner

Telefonnummer

Handy

Schwerbehinderung

ja

nein

Grad der Behinderung

Art der Behinderung

Weitere Anmerkungen

Im Notfall zu benachrichtigen

Name

Vorname/n

Straße, Haus- Nr.

PLZ Wohnort

Telefonnummer

Handy

Fax

E-Mail

Betreuer

Bevollmächtigter

ja

nein

ja

nein

Name

Vorname/n

Straße, Haus- Nr.

PLZ Wohnort

Telefonnummer

Handy

Fax

E-Mail

Betreuer

Bevollmächtigter

ja

nein

ja

nein

Seelsorger

Name

Anschrift

(Wer hat z. B. für meine Wohnung/ Büro/ Garage oder ähnliches einen Schlüssel; wer versorgt die Tiere im Notfall?)

Im Notfall zu beachten

Hausarzt

Name der Praxis

Straße, Haus- Nr.

PLZ, Ort

Telefonnummer

Fax

Fachärzte

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefonnummer

Fax

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefonnummer

Fax

Pflegedienst

Name und Anschrift

Telefonnummer

Fax

Sonstige (z.B. Therapeuten, Palliativdienst/Hospizdienst)

Name/Fachrichtung

Anschrift

Telefon

Medizinische Daten

Wichtige Diagnosen	behandelnder Arzt/ Telefonnummer

Blutgruppe

Allergien

ja nein

Allergie gegen

Allergiepass vorhanden

ja nein

Allergiepass befindet sich

Diabetes

ja nein

Insulin

ja nein

Tabletten

ja nein

Ausweis vorhanden

ja nein

Ausweis befindet sich

Anfallsleiden

ja

nein

Nähere Beschreibung

Notfallmedikation

Blutgerinnung (z. B. Marcumar, ASS, Aspirin, Clopidogrel, Plavix, Brilique, Xarelto)

ja

nein

Falls ja, welche

Implantate

(Herzschrittmacher, künstliche Gelenke.....)

ja

nein

Art des Implantats

Ausweis vorhanden

ja

nein

Ausweis befindet sich

Transplantation

ja

nein

Art der Transplantation und weitere Angaben

Ausweis befindet sich

Organspenderausweis

ja

nein

Ausweis befindet sich

Stationäre Behandlungen

von/bis	Grund/ Diagnose	Behandelnder Arzt

Ambulante Behandlungen

von/bis	Grund/ Diagnose	Behandelnder Arzt

Sonstiges

Versicherungen

Krankenversicherung

gesetzlich

privat

Name der Versicherungsgesellschaft

Nummer der Versichertenkarte

Verwahrungsort der Versichertenkarte

Pflegeversicherung

gesetzlich

privat

Name der Versicherungsgesellschaft

Nummer der Versichertenkarte

Verwahrungsort der Versichertenkarte

Pflegegrad

1 2 3 4 5

Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft (Name / Anschrift)

Telefon

Versicherungsnummer

Bezugsberechtigter (Name, Anschrift, Telefonnummer)

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft (Name / Anschrift)

Telefon

Versicherungsnummer

Sterbegeldversicherung

Versicherungsgesellschaft (Name / Anschrift)

[Light blue horizontal bar]

Telefon

Versicherungsnummer

[Light blue horizontal bar]

Nachlassangelegenheiten

Mein Testament ist hinterlegt bei

Name

[Light blue horizontal bar]

Anschrift

[Light blue horizontal bar]

Bestattungsvorsorge

Bestattungsverfügung

ja

nein

[Light blue horizontal bar]

Verfügung befindet sich

[Light blue horizontal bar]

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung

[Eight light blue horizontal bars for text entry]

Digitaler Nachlass

In die folgende Tabelle können Sie ihren Digitalen Nachlass eintragen. Um einen Online-Dienst nutzen zu können, brauchen Sie in der Regel einen Benutzernamen und ein Passwort. Der Benutzername ist häufig eine Emailadresse. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine Auflistung der Passwörter in dieser Mappe nicht sinnvoll.

Hier können Sie die Medien eintragen, die Sie nutzen:

Medium	Benutzer-/Nutzername
Streaming-Dienste (z. B. Netflix, Sky, AmazonPrime)	
E-Mail-Account (z. B. Gmail, Yahoo, GMX)	
Versandhäuser (z. B. Amazon, Otto, Zalando)	
Online-Verträge (z. B. Handy-Vertrag, Spiele-Abo)	
Soziale Netzwerke (z. B. Facebook, Instagram)	
Computer und mobile Endgeräte (z. B. PC, , Tablet, Smartphone)	
Sonstiges	

Hinweis zur Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der festgelegt wird, welche medizinischen Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen sind, falls nicht mehr selbst entschieden werden kann. Sie legen damit fest, ob sie in bestimmte Untersuchungen oder ärztlichen Eingriffe einwilligen. Da eine Patientenverfügung möglichst konkrete Anweisungen zu den Themen

- Schmerzbehandlung
- künstliche Ernährung
- künstliche Beatmung
- Wiederbelebung
- Organspende
- sowie anderen medizinischen Fragen, Wünschen usw.

enthalten sollte, ist eine persönliche Beratung durch den Hausarzt und/oder einem Facharzt sinnvoll.

(Haus-) Ärztin/Arzt

Adresse, Telefonnummer

(Fach-) Ärztin/Arzt

Adresse, Telefonnummer

Beratungsangebote zu Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im Landkreis Diepholz

Gesundheitsamt Diepholz (Gebäude „Alte Volksbank“)

Wellestr. 6, 49356 Diepholz, Tel. 05441 / 976 -1801 (Geschäftszimmer)

Gesundheitsamt Syke (Kreishaus Syke)

Amtshof 3, 28757 Syke, Tel. 05441 / 976 -4636 (Geschäftszimmer)

Persönliche Hilfen (PHV) - Betreuungsverein

Jahnstr. 16

49356 Diepholz

Telefon: 05441 / 99 55 60

**Broschüren „Patientenverfügung“ und „Betreuungsrecht“
des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV)**

Die Broschüren des Ministeriums finden sie im Internet unter

www.bmjv.de

Die Informationen gibt es auch im „Papierform“ und können telefonisch bestellt werden.

Telefon: 030 / 182 7 22 721

Vollmacht

Angaben zum Vollmachtgeber/zur Vollmachtgeberin

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsname

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsort

.....
Anschrift

.....
Telefon/Telefax

Hiermit erteile ich Vollmacht an

Angaben zum Bevollmächtigten/zur Bevollmächtigten

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsname

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsort

.....
Anschrift

.....
Telefon/Telefax

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Sie soll auch nach meinem Tod in Kraft bleiben, bis mein/e Erbe/n sie widerruft/widerrufen.

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

1 . Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

2 . Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3 . Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4 . Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Verbindlichkeiten eingehen,	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. (Bitte beachten Sie hierzu auch die Hinweise zur Bank-Vollmacht.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

.....

.....

.....

5. Post und Fernmeldewesen

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

6. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

7. Untervollmachten

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

8. Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

9. Weitere Regelungen

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

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der
Vollmachtgebers/Vollmachtgeberin

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der
Bevollmächtigten/Bevollmächtigten

Betreuungsverfügung

Ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

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

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

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

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

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

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

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Schweigepflichtentbindung

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Hiermit entbinde ich meinen Arzt/meine Ärztin/alle Ärzte des Krankenhauses

Name

Straße

Ort

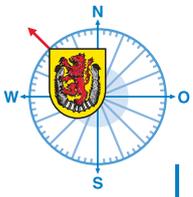
von der Schweigepflicht, soweit es die Beantwortung von Fragen betrifft, die im Zusammenhang stehen mit dem im Folgenden beschriebenen Ereignis:

Hier bitte kurz das Ereignis beschreiben (z.B. „Unfall vom ...“)

Die von der Schweigepflicht entbundenen Ärzte werden ausdrücklich ermächtigt, alle gesundheitlichen Daten, die für den Fall relevant sind, weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift



Landkreis Diepholz

... gut miteinander leben

Herausgeber:

Landkreis Diepholz
Fachdienst Soziales
- Pflegestützpunkt -
Niedersachsenstraße 2
49356 Diepholz

Tel.: 05441 976-4300

Fax: 05441 976-1798

E-Mail: pflgestuetzpunkt@diepholz.de

Layout: Landkreis Diepholz,
Antje Hölting

Druck: Landkreis Diepholz