
VORSORGE- UND NOTFALLORDNER DER GEMEINDE BODNEGG

Name:



WIR EMPFEHLEN DIESEN ORDNER ALLEN PERSONEN ÜBER 18 JAHREN
ER KANN IM INTERNET UNTER WWW.BODNEGG.DE KOSTENLOS HERUNTERGELADEN WERDEN



Bürgermeister

Christof Frick

Liebe Bodneggerinnen und Bodnegger,
***„Gut, dass ich mich damit beschäftigt habe – so können
die anderen im Notfall nach meinem Willen handeln!“***

Das Thema „Vorsorge für den Notfall“ geht jeden über 18 Jahren an – nicht nur Ältere, sondern jeder kann durch Krankheit oder Unfall ganz plötzlich auf Hilfe angewiesen sein. Gut, wenn Sie und Ihre Angehörigen sich darauf vorbereitet haben. Mit diesem Ordner möchte Ihnen die Gemeinde eine Hilfestellung an die Hand geben.

Hier finden Sie die wichtigsten Formulare und Vordrucke zusammengefasst. Sie können diese gerne für weitere Personen im Haushalt kopieren oder im Internet auf der Seite der Gemeinde Bodnegg unter www.Bodnegg.de herunterladen. Gehen Sie die Seiten mit Ihrem/Ihren Angehörigen oder einer Person Ihres Vertrauens durch – abschnittsweise, die für Sie wichtigsten Kapitel oder – idealerweise - alles von Anfang bis Ende. Gerne können Sie die Formulare und Vordrucke im Ordner im Rathaus unterschreiben und gleich bestätigen lassen. Ergänzen Sie diesen Ordner mit eigenen Einträgen oder Dokumenten. Ganz wichtig ist, dass Ihre Angehörigen wissen, wo er steht – damit Sie sicher sein können, dass im Notfall nach Ihrem Willen gehandelt wird. Bitte nutzen Sie dafür den Vorsorgehinweis (Einlegeblatt). Vielleicht haben Sie sich schon einmal Gedanken zur Organspende gemacht? Gerne können Sie den Organspendeausweis (Einlegeblatt) nach Ihren Vorstellungen ausfüllen.

Den Vorsorge- und Notfallordner erhalten Sie im Rathaus. Bitte machen Sie auch Ihre Bekannten und Verwandten – ob jung oder alt - auf ihn aufmerksam. Ich hoffe, dass Ihnen dieser Ordner bei Ihren Überlegungen eine Hilfe ist.

Mit herzlichem Gruß

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. Frick' with a stylized flourish at the end.

Inhalt	Seite
Angehörige/wichtige Personen	6
Apotheke	8
Ausweise: (Behinderung, Allergien, Organspende, Prothesen, Impfungen)	8, 11
Beihilfestelle	12
Benachrichtigungen	19
Bestattung – Vorgaben und Wünsche	18
Betreuungs- und Hilfsdienste	5
Checkliste Krankenhausaufenthalt	10
Haus/Wohnung/Schlüssel	5
Hausarzt/Fachärzte	7
Haustier	6
Homepage/Internet/Soziale Netzwerke	15, 16
Impressum	24
Krankenversicherung	11
Krankenhaus - Notfalldaten	4
Lebensbeschreibung mit Daten	23
Medikamente, Medizinische Vorgeschichte	8, 9, 11
Nachlassregelung/Testament	17
Persönliche Daten	5
Rente und Bankangelegenheiten	14
Todesfall – was ist zu tun?	20, 21
Übersicht über die Anlagen	22
Versicherungen	12
Vollmachten, wichtige Unterlagen	13, 14
Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung/Betreuungsverfügung	13
Wichtige Rufnummern	3

Krankenhaus - Notfalldaten:

Diese Daten werden bei einem stationären Aufenthalt benötigt und sind möglichst auf dem neuesten Stand zu halten. Eine ausgefüllte Kopie kann auch im Urlaub sehr nützlich sein!

Name _____ Vorname _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

Geschlecht: ♂ Männlich ♀ weiblich Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Behinderungen: _____

Herzschrittmacher: ja Nein Blutverdünnungsmittel: ja nein

Medikamente: _____

Impfungen (Tetanus): _____

Allergien: _____ Diät: _____

Pflegegrad: _____ Pflegedienst: _____

Bekannte Infektionen (z.B. MRSA, Hepatitis): _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Arbeitgeber: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Darf Auskunft über Zimmer- und Telefonnummer erteilt werden? ja nein

An wen darf Auskunft erteilt werden? _____

Patientenverfügung: ja nein Vorsorgevollmacht: ja nein

Nächster Angehöriger/Vertrauensperson:

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Bezug zum Patienten: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

Geschäftlich _____ E-Mail _____

Familienstand _____ Konfession _____

Personalausweisnr./Reisepassnr. _____

Arbeitgeber _____

Blutgruppe/Sonstiges _____

Stammbuch ja nein Aufbewahrungsort _____

Betreuungsdienste / Hilfsdienste:

Schlüsselverwahrung:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

E Mail _____

Haus- / Wohnungseigentümer

Ich wohne im eigenen Haus/ in der eigenen Wohnung

Ich wohne in einer Mietwohnung. Kontaktdaten des Vermieters:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Angehörige, die im Notfall benachrichtigt werden sollen:

Ehe - / Lebenspartner

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

Geschäftlich _____ E – Mail _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

Geschäftlich _____ E – Mail _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

Geschäftlich _____ E – Mail _____

Um mein Haustier kümmert sich:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

Ärzte

Hausarzt

Name _____ Telefon/FaxNr. _____

Anschrift _____

Weitere Ärzte/Fachärzte:

Name _____ Telefon/Fax _____

Anschrift _____

Facharzt für _____

Name _____ Telefon/Fax _____

Anschrift _____

Facharzt für _____

Name _____ Telefon/Fax _____

Anschrift _____

Facharzt für _____

Name _____ Telefon/Fax _____

Anschrift _____

Facharzt für _____

Name _____ Telefon/Fax _____

Anschrift _____

Facharzt für _____

Wunschkrankenhaus: _____

Apotheke:

Name _____ Telefon/Fax _____

Anschrift _____

Ich bin von Rezeptzahlung befreit ja nein privat

Impfungen:

Impfbuch vorhanden ja nein

Durchgeführte Impfungen laut angefügtem Nachweis:

Organspende:

Ausweis vorhanden: ja nein Aufbewahrung: _____

Prothesen

Ausweis vorhanden: ja nein Aufbewahrung: _____

Diabetes

Ausweis vorhanden: ja nein Aufbewahrung: _____

Allergien:

Allergiepass vorhanden: ja nein Aufbewahrung: _____

Bekannte Allergien:

Besondere Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe aus Medikamenten:

Chronische Krankheiten:

Medikamentennachweis: (Blutgerinnungshemmende Mittel, z.B. Marcumar und ähnliches
bitte gesondert kennzeichnen!)

Name des Medikaments	Einnahmezeit			
	Morgens	mittags	abends	nachts

Wichtige ärztliche Behandlungen – ambulant

von	bis	Behandelnder Arzt	Grund der Behandlung/Diagnose

Checkliste Krankenhausaufenthalt

Damit Sie für solche Situationen gut gerüstet sind ist es hilfreich, wenn Sie eine Tasche oder einen Koffer bereit haben, in dem alle wichtigen Dinge schon vorbereitet und gerichtet sind. Kopieren Sie die Liste bei Bedarf, so ist sie immer wieder verwendbar.

Kulturbeutel:

- Zahnbecher, Zahnbürste, Zahnpasta, Mundwasser
- Haftcreme, Gebissdose, Kukident
- Shampoo, Duschgel, Duschhaube, Seife (mit Dose)
- Kamm, Haarbürste
- Gesichts- und Handcreme, Körperlotion
- Deo
- Rasierer
- Nagelpflege
- Papiertaschentücher, Erfrischungstücher
- Slipseinlagen
- Leeres Brillenetui

Wäsche:

- Waschlappen, Handtücher (verschiedene Farben)
- 2 – 3 Paar Socken
- 2 – 3 Nachthemden oder Schlafanzüge
- BH
- Unterwäsche: 2 Unterhemden, 3 – 4 Schlüpfen
- 1 größere Tüte für Schmutzwäsche

Persönliches:

- Anschrift und Telefonnummer der Angehörigen, die benachrichtigt werden sollen
- Wer hat den Hausschlüssel? _____
- Adresse und Telefonnummer Hausarzt
- Kopie der Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung
- Kopie Impfpass und Allergiepass
- Name seelsorgerischer Beistand
- Uhr/Wecker
- Schreibzeug und Papier, Lektüre/Sudoku/Kreuzworträtsel
- Brille, Hörgerät, Prothesen
- max. 50 € in kleinen Scheinen und Münzen, **ansonsten keine Wertsachen mitnehmen!**

Bei Einlieferung:

- Einweisung vom Arzt
- Krankenversicherungskarte
- aktuelle Medikamentenliste, Unverträglichkeit von Medikamenten, Allergien (Seite 8 – 10)
- Medikamente
- Telefon- und Adressbüchle
- Bademantel
- trittfeste Hausschuhe
- Gehhilfen

Klinische Behandlungen – stationär

von	bis	Name/Anschrift der Klinik	Grund des Aufenthalts/Diagnose

Behinderungsstufe

Grad der Behinderung: _____%

Ausweis ja nein Aufbewahrung _____

Pflegegrad

beantragt kein Pflegegrad eins zwei drei vier fünf

Krankenversicherung gesetzlich privat

Name _____

Anschrift _____

Telefon – Nr. _____ E-Mail: _____

Karten- und Versicherungsnummer: _____

Versicherungskarte ja nein Aufbewahrungsort: _____

Ich bin von der Zuzahlung befreit ja nein

Beihilfestelle

Name _____

Anschrift _____

Telefon – Nr. _____ E-Mail _____

BF Personalnummer _____

Versicherungen

Ich habe folgende Versicherungen abgeschlossen:

Krankenversicherung

Hausratversicherung

Private (Zusatz-)Krankenversicherung

KFZ – Versicherung

Auslandskrankenversicherung

Feuer/Gebäudeversicherung

Lebensversicherung

Privathaftpflicht - Versicherung

Pflegeversicherung

Unfall – Versicherung

Sterbegeldversicherung

Glasversicherung

Aufbewahrungsort meines Versicherungsordners:

Anmerkungen dazu:

Vorsorgeregungen

Vorsorgevollmacht (Hinweise und Vordruck im Anhang)

Vorsorgevollmacht wurde erteilt ja, an nein

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Im Anhang/Aufbewahrungsort _____

Patientenverfügung (Hinweise und Vordruck im Anhang)

Patientenverfügung wurde erstellt Ja nein

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Im Anhang/Aufbewahrungsort _____

Registrierung

Meine Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung ist/sind im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registriert ja nein

Betreuungsverfügung (Hinweise und Vordrucke im Anhang)

Betreuungsverfügung wurde erstellt ja, an nein

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Im Anhang/Aufbewahrungsort _____

Bankvollmacht

Bankvollmacht wurde erteilt ja nein

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Im Anhang/Aufbewahrungsort _____

Postvollmacht

Eine Postvollmacht wurde erteilt ja, an nein

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Im Anhang/Aufbewahrungsort _____

Altersversorgung

Renten-/Pensionsunterlagen

Aufbewahrungsort _____

Bankunterlagen

Aufbewahrungsort _____

Steuerunterlagen

Aufbewahrungsort _____

Bausparverträge

Aufbewahrungsort _____

Internet

Anbieter _____ Nr. _____

Kundenbetreuung: Name _____

E – Mail _____ Telefon _____

Adresse _____

Kündigung möglich zum _____

Dokumente im Ordner/Aufbewahrungsort _____

Homepage

Anbieter _____ Nr. _____

Kundenbetreuung: Name _____

E – Mail _____ Telefon _____

Adresse _____

Kündigung möglich zum _____

Dokumente im Ordner/Aufbewahrungsort _____

Soziale Netzwerke

Name/Webadresse _____

Benutzername _____ Passwort _____

Dokumente im Ordner/Aufbewahrungsort _____

Name/Webadresse _____

Benutzername _____ Passwort _____

Dokumente im Ordner/Aufbewahrungsort _____

Name/Webadresse _____

Benutzername _____ Passwort _____

Dokumente im Ordner/Aufbewahrungsort _____

Name/Webadresse _____

Benutzername _____ Passwort _____

Dokumente im Ordner/Aufbewahrungsort _____

Name/Webadresse _____

Benutzername _____ Passwort _____

Dokumente im Ordner/Aufbewahrungsort _____

Meine Nachlassregelungen für digitale Daten und Nutzungen sind

Im Ordner/Aufbewahrungsort _____

Nachlassregelungen

Ich habe meine Nachlassregelungen wie folgt getroffen:

- Handschriftliches Testament
- Notarielles Testament
- Erbvertrag

Notar, bei dem das Testament/der Erbvertrag beurkundet worden ist:

Name _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Kenntnis vom Bestehen meiner Nachlassverfügung hat:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Aufbewahrungsort _____

Vermächtnis/Zuordnung bestimmter Erbstücke (lt. Testament):

Ich habe in meinem Testament ein Vermächtnis angeordnet ja nein

Bestattungsvorgaben- und wünsche:

Bestattungsvertrag

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen ja nein

Im Anhang/Aufbewahrungsort _____

Bestattungsinstitut

Name _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Bestattungsort/Friedhof

- Eine Grabstätte ist bereits vorhanden, Grabnummer: _____
- Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof: _____
- Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen
- Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunden
- Ich wünsche eine normal übliche Bestattung

Art der Bestattung:

- Erdbestattung Feuerbestattung anonyme Bestattung
- Seebestattung Bestattung in einem Friedwald _____

Nach einem Todesfall zu erledigen:**Bestattung:**

	Telefon	Datum	erledigt
01. Totenschein vom (Unfall)Arzt oder Krankenhaus	_____	_____	<input type="checkbox"/>
02. Friedhofsverwaltung (Gemeinde) benachrichtigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
03. Bestattungsunternehmen beauftragen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
04. Beerdigungstermin festlegen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
05. Kirchengemeinde verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
06. Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach beantragen)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
07. Traueranzeige für die Zeitung in Auftrag geben	_____	_____	<input type="checkbox"/>
08. Trauerkarten bestellen und versenden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
09. Foto für Sterbebild	_____	_____	<input type="checkbox"/>
10. Vereine benachrichtigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Behörden:

11. Arbeitgeber informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>
12. Krankenkasse/Beihilfestelle informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>
13. Rentenversicherung/Pensionsstelle informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>
14. Finanzamt verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
15. Original-Testament beim zuständigen Nachlassgericht abgeben	_____	_____	<input type="checkbox"/>
16. Testament eröffnen lassen, Erbschein beantragen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
17. Sonderurlaub beim eigenen Arbeitgeber beantragen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
18. Hinterbliebenenrente beantragen	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Versicherungen:

19. Lebens-/Sterbegeldversicherung informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>
20. Gewerkschaft informieren (evtl. Sterbegeldversicherung)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
21. Versicherungen kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
22. Zusatzversicherungen informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Geldangelegenheiten

23. Banken informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>
24. Evtl. Daueraufträge aussetzen lassen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
25. Evtl. Finanzielle Angelegenheiten klären	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Mitgliedschaften/Abonnements	Telefon	Datum	erledigt
26. Mitgliedschaften in Vereinen oder Parteien kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
27. Träger von ehrenamtlichen Tätigkeiten informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>
28. Zeitungen/Zeitschriften/Bus- und Bahnabo kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
29. Hilfs- und Betreuungsdienste/“Essen auf Räder“/... abmelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Wohnung:			
30. Mietwohnung, Garage u. a. kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
31. Radio/Fernsehen/Telefon/Internet/Handy ab- oder ummelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
32. Schlussablesungen Strom/Wasser/Gas/Heizung	_____	_____	<input type="checkbox"/>
33. Abfallentsorgung kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:			
34. Kraftfahrzeug ab- oder ummelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
35. Reparaturen/Kleidung von der Reinigung/etc. abholen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
36. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
37. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Für viele dieser Erledigungen können Sie ein Bestattungsunternehmen beauftragen.
Denken Sie auch an Trauerkleidung, Trauerfeier und die Unterbringung auswärtiger
Trauergäste

Anlagen:

Zur Ergänzung des Vorsorge- und Notfallordners lege ich weitere wichtige Schriftstücke bei:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Lebensbeschreibung mit Daten

Schule(n) _____

Jugendzeit _____

Berufsausbildung _____

Persönliche Ereignisse (Heirat, Kinder, ...)

Ehrenamtliche Tätigkeiten

Besondere Vorkommnisse

Wichtig war mir immer

Impressum:

Herausgeber: Gemeinde Bodnegg
Bürgermeister Christof Frick

Redaktion Christa Gnann, Bürgerkontaktbüro, Eduard Gering

Besten Dank Dem Landratsamt und dem Kreissenorenrat des Bodenseekreises und des Landkreises Ravensburg und der Gemeinde und dem Seniorenteam Berg für die freundliche Empfehlung und Überlassung der Unterlagen.

Die Hinweise und Textmuster wurden nach bestem Wissen erstellt bzw. wiedergegeben. Eine rechtsverbindliche Beratung durch Fachkräfte können sie nicht ersetzen. Eine Haftung für materielle oder ideelle Schäden aufgrund der gegebenen Informationen ist daher ausgeschlossen.

Ausgabe: Juni 2017
Überarbeitung Oktober 2018