



# Notfall- und Vorsorgemappe



**NAME:**

---

**VORNAME:**

---

**GEBURTSDATUM:**

---



## Ausfüll- und Bearbeitungshinweise

Nehmen Sie sich die Zeit, die Notfall- und Vorsorgemappe vollständig auszufüllen. Nutzen Sie die Möglichkeit, weitere Blätter, Formulare und Urkunden, die Ihnen wichtig erscheinen, einzufügen. Eine wichtige Voraussetzung für den Nutzer der Mappe ist es, dass die Einträge regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. So können auch für den Fall, dass Sie in einer Notsituation keine Auskunft geben können, alle nötigen Informationen weitergegeben werden. Ihre Vertrauenspersonen werden Ihnen beim Ausfüllen der Vordrucke sicher gerne helfen. Auf der hinteren Innenseite dieser Mappe finden Sie auch Kontaktdaten von Beratungsstellen.

Für den Fall, dass Sie ein vorgedrucktes Exemplar in den Händen halten und Probleme mit dem Ausfüllen in Druckbuchstaben haben, können Sie die Notfall- und Vorsorgemappe auch im Internet herunterladen unter: [www.ingolstadt.de/Notfallmappe](http://www.ingolstadt.de/Notfallmappe)

Diese Download-Datei enthält die nachfolgenden Seiten und ist ergänzt um Seiten mit weiteren wichtigen Fragen sowie einzelne Wiederholungsseiten.

### Darin finden Sie zum Beispiel:

- Verfügungen für den Todesfall – Wünsche zur Bestattung, Trauerfeier, Trauerrede
- weitere Seiten zur Vermögenssituation mit Vorlagen zur Anlage im Testament oder zur Einlage im Bankschließfach
- Hinweise zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung, Konto-/Depot-Vollmacht und weiteres.

Diese PDF-Datei oder auch nur zu ändernde Seiten können mit Hilfe eines Computers ausgefüllt und ausgedruckt werden.

## Weitere Hinweise



- Wenn Sie z.B. einen roten A4-Aktenordner für Ihre Unterlagen anschaffen und in der Notfall- und Vorsorgemappe darauf verweisen, wird der Helfende sicher schnell alles Notwendige finden. Mit Registerblättern lässt sich der Ordner nach den Themen unterteilen.
- Bewahren Sie das Notarzt-Blatt mit dem Notfall-Telefax (Rückseite) gut sichtbar in der Nähe der Eingangstür oder des Telefons auf. Die Notfall- und Vorsorgemappe sollte an einer Stelle aufbewahrt werden, die Ihren Vertrauenspersonen bekannt ist, zum Beispiel bei Ihren Versicherungsunterlagen.
- Sie sollten die Mappe nach dem Ausdrucken auf dem Computer löschen und den Ausdruck an einem sicheren Ort verwahren. Computer sind kein sicherer Ort zum Aufbewahren von vertraulichen Daten!
- Das nachfolgende Telefonverzeichnis können Sie herausnehmen und in einer Klarsichtfolie zum Telefon legen. Auf der Rückseite finden Sie das Merkblatt für eine Krankenseinweisung.



## Aktualisierung der Einträge

Bitte überprüfen Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens bei einer persönlichen oder gesundheitlichen Änderung, Ihre Angaben. Bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift und das jeweilige Datum Ihre Angaben.

Datum	Unterschrift

## Beratungsangebote

Die Betreuungsstelle der Stadt Ingolstadt bietet Ihnen Beratung bei Fragen zum Betreuungsrecht, der Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung sowie zur Patientenverfügung.

### Betreuungsstelle im Amt für Soziales

Auf der Schanz 39, 85049 Ingolstadt

☎ 08 41 / 305-50 220

✉ [betreuungsstelle@ingolstadt.de](mailto:betreuungsstelle@ingolstadt.de), [www.ingolstadt.de/betreuungsstelle](http://www.ingolstadt.de/betreuungsstelle)

Darüber hinaus bieten Ihnen die nachfolgenden Vereine Einzelberatungen und Vorträge über Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung an.

Betreuungsverein des Caritasverbandes für die Diözese Eichstätt e.V.

Jesuitenstr. 1, 85049 Ingolstadt

☎ 08 41 / 309-131 ☎ 08 41 / 309-199

✉ [vereinsbetreuung@caritas-ingolstadt.de](mailto:vereinsbetreuung@caritas-ingolstadt.de), [www.caritas-kreisstelle-ingolstadt.de](http://www.caritas-kreisstelle-ingolstadt.de)



Betreuungsverein des Sozialdienstes Katholischer Frauen e.V.

Schrammenstr. 1 a, 85049 Ingolstadt

☎ 08 41 / 93 755-0, ☎ 08 41 / 93 755-30

✉ [info@skf-ingolstadt.de](mailto:info@skf-ingolstadt.de), [www.skf-ingolstadt.de](http://www.skf-ingolstadt.de)



Hospizverein Ingolstadt e.V.

Levelingstr. 102, 85049 Ingolstadt

☎ 08 41 / 171 11, ☎ 08 41 / 171 75

✉ [info@hospizverein-in.de](mailto:info@hospizverein-in.de), [www.hospizverein-in.de](http://www.hospizverein-in.de)





## 1. Teil: Mappe für Notfall und Krankenhauseinweisung der Stadt Ingolstadt

Notruf-Telefonnummern

Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung

Notfall-Telefax 112

Persönliche Daten

Hausarzt/in – Betreuer/in – Kranken- und Pflegeversicherung

Zu benachrichtigende Personen / Bezugspersonen

Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en

Betreuung - Versorgung - Unterstützung

Personen, die für meine Wohnung oder sonstige Räume Schlüssel besitzen

Betreuung Wohnung / Garten / Haustiere

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung/ Betreuungsverfügung

Notfall-Ausweise

Organspende-Ausweis

Allergie-Pass

Röntgen-Pass

Impf-Pass oder Impf-Nachweise

Diabetikerausweis

Herzschrittmacherausweis / Defibrillator-Ausweis

Blutspende-Ausweis

Implantat-Ausweis

Marcumar-Ausweis

Brillenpass

Weitere

Medizinische Daten

Im Notfall zu beachten:

Gegenwärtige Krankheiten

Chronische Krankheiten

Therapie (z.B. Psychotherapie)

Apotheke (bei der ich eine Kundenkarte/Medikamentenliste habe)

Behandelnder Zahnarzt

Behinderung/en / Anerkennungsbescheid

Letzte ambulante und / oder stationäre Behandlungen

Operationen

Implantate und Transplantationen (Herzschrittmacher, Gelenke, Zähne, Augen)

Notfallkarte



## 2. Teil: Vorsorgemappe

### Erwerbstätigkeit

Bei Selbständigkeit

### Rente / Versorgung

Gesetzliche Rentenversicherung / Berufsständische Versorgung

Betriebsrente / Zusatzversorgung

Private Rentenversicherung

Beamtenversorgung

Witwen-/ Witwer-, Waisen-Rente

Riester-/Rürup-Rente

Sonstige Versorgungsleistungen (z.B. Leibrente)

Grundsicherung für Arbeitsuchende / im Alter / bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe

### Zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherungen

Auslands-Krankenversicherung

Private Zahnzusatzversicherung/en

Pflegeversicherung

Pflegezusatzversicherung

### Familie

Kinder und deren Kinder

Eltern, Geschwister

### Checkliste für den Todesfall

#### Versicherungen

Privathaftpflichtversicherung

Hausratsversicherung

Brandversicherung / Feuerversicherung

Gebäudeversicherung

Privatrechtsschutzversicherung - Verkehrsrechtsschutzversicherung

Fahrzeuge/Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped)

Daten für Internet, Mail und Computer

Verträge (Ausgaben)

Abonnements für Sammlungen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher

Mitgliedschaften (Vereine, Gewerkschaft, Automobilclubs usw.)

#### Vermögensaufstellung

Grund- und Immobilieneigentum

Girokonten

Sparkonto/Sparbuch

Bausparvertrag



Sonstige Vermögensgegenstände wie Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.

Bestehende private Verträge (Einnahmen)

Verbindlichkeiten (Ausgaben)

Darlehen / Kredit von

Weitere Versicherungen (z.B. Berufsunfähigkeit, Krankentagegeld, Auslandskrankenversicherung, Glas, Insassenunfallversicherung usw.)

Weitere Verträge (Ausgaben)

Weitere Abonnements

Weitere Mitgliedschaften (Vereine, Clubs usw.)

Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht)

Meine Verfügung für den Todesfall

Sterbegeldversicherung / Sterbeversicherung

Angaben für die Rede zur Trauerfeier / Grabrede

Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden



Polizei-Notruf  110

 Im Notfall  112

## 1. Teil: Mappe für Notfall und Krankenhauseinweisung der Stadt Ingolstadt

Ein häuslicher Notfall, ein Unfall oder eine Krankenhauseinweisung kommen überraschend. Um sich und seinen Vertrauten zusätzlichen Stress zu ersparen, empfehlen wir:

- Drucken Sie die folgenden Seiten aus; diese **nicht** in die Vorsorgemappe heften.
- Heften Sie diese in einem eigenen Klarsichtheft oder einer Klarsichtfolie ab.
- Um im Notfall alles schnell zur Hand zu haben, bewahren Sie die Mappe möglichst in der Nähe des Telefons oder Wohnungseingangs auf (z.B. mit einem Band an einem Haken/Nagel).
- Kopieren und heften Sie dazu ein:
  - die Betreuungsverfügung, die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung,
  - aktuelle Befunde Ihrer Hausarzt- oder / und Ihrer Facharzt-Praxis,
  - aktuelle Krankenhaus-Berichte,
  - eine aktuelle Medikamenten-Liste Ihrer Hausarzt- oder / und Ihrer Facharzt-Praxis sowie Ihrer Apotheke.
- **Bereiten Sie eine Notfall-Tasche / Notfall-Koffer nach den Hinweisen im unten aufgeführten „Merkblatt für eine Krankenhauseinweisung“ vor.**
- **Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen!**
- Informieren Sie Ihre Vertrauensperson und Ihre Angehörigen über das Vorhandensein einer solchen Mappe und bewahren Sie sie dort auf, wo sie im Notfall leicht zugänglich ist.
- Überprüfen Sie im eigenen Interesse regelmäßig Ihre Eintragungen, damit Ihre persönlichen Daten, Erkrankungen, Medikamente, Allergien usw. immer auf dem aktuellsten Stand sind.



## Notruf-Telefonnummern

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall)	Notruf 110
Feuerwehr	Notruf 112
Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst (bei lebensbedrohlichen Notfällen und Krankentransport)	Notruf 112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern (in nicht lebensbedrohlichen Fällen, alle Fachrichtungen; Mo, Di, Do ab 18:00 Uhr; Mi + Fr ab 13:00 Uhr)	116 117
Gehörlosen-Telefax: Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst	Not-Fax 112
Gehörlosen-Telefax: Ärztlicher Bereitschaftsdienst	08 00 / 58 95 210
Polizeiinspektion und Kriminalpolizei Esplanade 40, 85049 Ingolstadt	08 41/ 93 43-0
GO IN Erwachsenen-Notfallpraxis Ingolstadt	08 41 / 88 69 955
GO IN Kinder-Notfallpraxis Ingolstadt	08 41 / 88 02 766
Giftnotrufzentrale München	089 / 19 240
Apothekennotdienst - aus dem deutschen Festnetz	08 00 / 00 22 833
- Kurzwahl von jedem Handy	22 8 33
Ambulanter Pflegedienst / Sozialstation:	
Stadt Ingolstadt – Zentrale Vermittlung	08 41 / 305-0
EC-Kartensperrung	116 116
Stadtgebiet Ingolstadt Störungen Strom / Gas / Wasser	08 41 / 80-42 22
Hausarzt:	
Zahnarzt:	
Apotheke mit Patientendaten:	
Pfarramt, Glaubensgemeinschaft:	
Telefonseelsorge	evangelisch katholisch
	08 00 / 11 10 111 08 00 / 11 10 222

Als Hilfestellung für einen Notruf gelten die **5 W** – Fragen:

- **Wo** ist etwas geschehen?
- **Wer** ruft an?
- **Was** ist geschehen?
- **Wie viele** Personen sind betroffen?
- **Warten** auf Rückfragen!



## Merkblatt für eine Krankenseinweisung

Bei Anforderung des Krankentransportes über:

Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst (bei lebensbedrohlichen Notfällen und Krankentransport)	Telefon/ Gehörlosen- Telefax	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern (nicht lebensbedrohliche Fälle, alle Fachrichtungen; Mo, Di, Do ab 18:00 Uhr; Mi + Fr ab 13:00 Uhr)	Telefon	116 117
	Gehörlosen- Telefax	08 00 / 58 95 210

- Bitte genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben, ggf. Stockwerk, Aufzug usw.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten.
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Stühle und Tische wegräumen).
- Wenn vorhanden, bitte den Sanitätern übergeben:
  - die ärztliche Transport- und Krankenseinweisung; die Versichertenkarte der Krankenkasse;
  - *in Kopie*: Patienten-Verfügung, Vollmacht, Betreuerausweis, Betreuungs-Verfügung

➤ **Bei Vergiftungen, allergischen Reaktionen: Vergiftungs-, allergieauslösenden Stoff, möglichst mit Verpackung, mitgeben!**

### Möglichst Notfall-Tasche oder Notfall-Koffer vorbereiten, mit folgendem Inhalt:

- Personalausweis, Unterlagen Zusatzversicherung, Impfpass, Allergiepass
- Herzschrittmacher-Ausweis
- Mappe mit Kopien der Befunde, Röntgenbilder, Verfügungen, einzunehmende Medikamente und aktueller Medikamentenplan, Salben usw.
- Toiletten- und Hygiene-Artikel: Zahnbürste, Zahnpasta, Kamm, Deo, Seife, Duschgel, Shampoo, Rasierzeug, Nagelschere, Nagelfeile, Feuchtigkeitscreme, Lippenbalsam, Ohrstöpsel (schnarchende Nachbarn), Plastiktüte für Schmutzwäsche
- bei Zahnprothese: Behälter mit Namen, Haftcreme, Reinigungsmittel
- Handtücher, Waschlappen, Papiertaschentücher („Tempos“)
- Unterwäsche, Leibwäsche, drei bis vier bequeme Nachthemden oder Schlafanzüge, Bademantel, ggf. Hausanzug, Hausschuhe (keine Schlappen!)
- festes Schuhwerk, Brille/n, Prothese, Gehhilfe, Hörgerät (Ersatzbatterien), Wollschal, dicke Socken, evtl. kleines Kopfkissen
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)!!
- Persönliche Gegenstände (Lesestoff, Uhr, Notizbuch, Kugelschreiber, Zeitschriften)
- Bargeld (Scheine, max. 20 - 30 Euro) zum Aufladen Telefonkarte
- Geld/EC-Karte für Zuzahlung
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Benachrichtigen: Arbeitgeber, Pflegedienst, Essen auf Rädern, Zusteller Zeitung

**Wertsachen sollten besser daheim bleiben!**



## Notarzt-Blatt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Klinik-Aufenthalt erwünscht:  ja  nein Reanimation erwünscht:  ja  nein

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Aufbewahrungsort Gesundheitskarte: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: Chefarztbehandlung  ja  nein Einzelzimmer  ja  nein

Religion:  katholisch  evangelisch

Pflegeversicherung:  ja  nein Pflege-Grad  beantragt am: \_\_\_\_\_

Ich lebe alleine  mit folgender Person zusammen: \_\_\_\_\_ ist meine Bezugsperson

Name, Vorname, Tel., Handy-Nummer, Beziehungsverhältnis \_\_\_\_\_

### Betreuer/in:

Name, Vorname, Tel., Handy-Nummer, Beziehungsverhältnis \_\_\_\_\_

Notfallmappe vorhanden:  ja  nein Verwahrt der Unterlagen:

**Aktuelle Erkrankungen, Medikamente, Diagnosen und Allergien (Genauere Angaben retten Ihr Leben!) Lassen Sie sich einen Ausdruck vom Hausarzt / Facharzt erstellen - hier anfügen.:**

\_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Telefon): \_\_\_\_\_

Blutgerinnungs-Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Implantate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Firma,Name:			Welche:		
Organspende-Ausweis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stents	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Port	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Impfausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis / HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnprothese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialysepatient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Medikament:	morgen	mittags	abends	Abstand	Medikament:	morgen	mittags	abends	Abstand

Hausnotruf:  ja  nein Anbieter: Name / Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung: Ich bin einverstanden mit der Weitergabe des Notarzt-Blattes und der Notfallmappe (incl. Befunde) an Rettungsdienst, Notarzt, Krankenhaus, behandelnde Ärzte.**

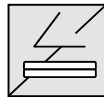
Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## Notfall-Telefax 112



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

### Wer faxt?

Name: \_\_\_\_\_ Eigene Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

### Wohin soll Hilfe kommen?

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_ Etage: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

### Wer soll helfen?



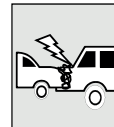
**Feuerwehr**



Feuer



Notlage



Unfall



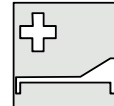
**Rettungsdienst**



Notarzt



Verletzung



Erkrankung



**Polizei**



Einbruch



Überfall



Schlägerei

### Was ist geschehen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ich bitte um Auskunft über den Bereitschaftsdienst von:**



Arzt



Zahnarzt



HNO-Arzt



Augenarzt

Apotheke im Bereich der Stadt/Gemeinde \_\_\_\_\_



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

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

**Vielen Dank!**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Bitte zurückfaxen!

Bitte zurückfaxen!

Bitte zurückfaxen!

Bitte zurückfaxen!

**Das Notfall-Telefax ist eingegangen und ist auf dem Weg zu Ihnen.**

Unterschrift des aufnehmenden Disponenten: \_\_\_\_\_



## Persönliche Daten

### Zu meiner Person

Name:	Geburtsname:	
Vorname/n:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	Pass-/Ausweis-Nr.:	
Konfession, Telefon Seelsorger/ Kirchengemeinde:		
Straße/Hausnummer:		
PLZ/Wohnort:		
Telefon:	Handy:	
E-Mail:		
Handschriftliches Testament vorhanden:	Ja	Nein
Erbvertrag, Vermächtnisse vorhanden:	Ja	Nein
Hinterlegt bei:		
Familienstand: verheiratet:	geschieden:	Eingetragene Lebenspartnerschaft:
verwitwet:	Bei Tod des Gatten/Gattin Sterbedatum:	
Aufbewahrungsort der Sterbeurkunde:		

### Angaben zum Ehegatten/Ehegattin oder Lebenspartner/in

Name:	Geburtsname:
Vorname/n:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	Handy:
Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:	
Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde / des Stammbuches:	
Aufbewahrungsort des Partnerschaftsvertrages:	
Güterstand, Verwahrung Ehevertrag:	
Bei Scheidung – Datum, Gericht:	
Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils:	



## Name, Vorname

### Hausarzt/Hausärztin – Betreuer/in – Kranken- und Pflegeversicherung

#### Hausarzt/Hausärztin oder dauerhaft behandelnder Facharzt/Fachärztin

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Facharzt für: \_\_\_\_\_

---

### Gesetzlicher Betreuer für den Gesundheitsbereich

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

---

### Gesetzliche oder Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_

Kranken-Pflege-Kasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Verwahrung der Kranken-  
versicherungskarte: \_\_\_\_\_

### Beihilfeversicherung

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

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

### Private Krankenzusatzversicherung/en

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Zusatz-Leistungen: \_\_\_\_\_

Verwahrung der  
Unterlagen: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_



## Name, Vorname

### Zu benachrichtigende Personen / Bezugspersonen

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer):

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer):

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Kinder, Eltern, Geschwister, Betreuer):

### Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en

Name:

Vorname:

Name:

Vorname:

Name:

Vorname:

Name:

Vorname:

Name:

Vorname:



## Name, Vorname

### Betreuung – Versorgung – Unterstützung

#### Personen, die für meine Wohnung oder sonstige Räume Schlüssel besitzen

(Garage, Arbeits- und Geschäftsräume oder Zweitwohnung, Wochenendgrundstück sowie Behältnisse)

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Schlüssel für: \_\_\_\_\_

-----  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Schlüssel für: \_\_\_\_\_

-----  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Schlüssel für: \_\_\_\_\_

#### Betreuung Wohnung / Garten / Haustiere

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Betreuung für: \_\_\_\_\_

-----  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Betreuung für: \_\_\_\_\_



## Name, Vorname

### Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung / Betreuungsverfügung

#### Vorsorgevollmacht:

Ich,

\_\_\_\_\_

Name

Vorname

geboren am

habe am \_\_\_\_\_ eine Vorsorgevollmacht errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Das Original befindet sich bei folgender Person:

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

#### Betreuungsverfügung:

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine Betreuungsverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Das Original befindet sich bei folgender Person:

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

#### Patientenverfügung:

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine Patientenverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Das Original befindet sich bei folgender Person:

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



## Name, Vorname

### Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht)

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine \_\_\_\_\_ errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Das Original befindet sich bei folgender Person: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Informationen zur Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung, Konto-/Depot-Vollmacht

Bitte lesen Sie die unten aufgeführten Informationsbroschüren. Lassen Sie sich vor dem Erstellen beraten (siehe Umschlagseite der Mappe). Informieren Sie Ihre Vertrauensperson und Ihre Angehörigen über das Vorhandensein einer solchen Vollmacht oder Verfügung.

Wenn der Bevollmächtigte berechtigt sein soll, Darlehen aufzunehmen, Immobilien des Vollmachtgebers zu veräußern oder Immobilien für den Vollmachtgeber zu erwerben, ist erforderlich, die Unterschrift unter der Vollmacht durch den Notar beurkunden oder durch die Betreuungsbehörde beglaubigen zu lassen.

Ihre Vorsorgevollmacht können Sie im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen. Damit stellen Sie sicher, dass Ihre Vorsorgevollmacht im Zweifelsfall von einem Betreuungsgericht aufgefunden wird, das dann Ihren Vorsorgebevollmächtigten benachrichtigen kann.

**Wichtig:** Ihre Vorsorgevollmacht und Verfügungen übergeben Sie bitte den **Vollmachtnehmern oder teilen ihnen mit, wo sie diese im Bedarfsfall erhalten**. Die Banken und Sparkassen halten für die Erteilung einer Bank-Vollmacht (Konto-/Depot-Vollmacht) gesonderte Vordrucke oder Formulare bereit. In dieser Mappe machen Sie bitte lediglich Angaben dazu.

**Beachten Sie bitte:** Unabhängig von internen Vereinbarungen kann der Bevollmächtigte gegenüber der Bank / Sparkasse ab dem Zeitpunkt der Ausstellung dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen! Die Bank / Sparkasse prüft nicht, ob der Vorsorgefall beim Kontoinhaber / Vollmachtgeber eingetreten ist.

- Die Informationsbroschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ des Bayerischen Justizministeriums kann als PDF-Datei unter [www.bestellen.bayern.de](http://www.bestellen.bayern.de) – Stichworte „Vorsorge Alter“ oder im Buchhandel sowie direkt beim Verlag C.H.Beck, ☎ 089 / 38 18 97 50, ☎ 089 / 38 189-358 /-135, ✉ [bestellung@beck.de](mailto:bestellung@beck.de) zu einem Preis von ca. 3,90 € bestellt werden.
- Der Bayerische Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. gibt diese Broschüre für Sehbehinderte und Blinde auf Kasette, in Punktschrift, MAXI-Druck und auf Diskette heraus: ✉ [bit@bbsb.org](mailto:bit@bbsb.org)
- Die Informationsbroschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“ des Bundesjustizministeriums enthalten Informationen und Muster für Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und bieten ausführliche Formulierungshilfen kostenlos zu bestellen oder als PDF-Datei unter: [www.bmjv.de/Publikationen](http://www.bmjv.de/Publikationen)
- Die Hefte „Christliche Patientenvorsorge“ im DIN A 4-Format können kostenfrei bezogen werden beim Caritasverband für die Diözese Eichstätt, Residenzplatz 14, 85072 Eichstätt, ☎ 0 84 21 / 50-901, ✉ [zentrale@caritas-eichstaett.de](mailto:zentrale@caritas-eichstaett.de).



**Name, Vorname**

## Notfall-Ausweise

### Organspende-Ausweis

Zur Organspende bereit:      Ja      Nein      eine Entscheidung

Verwahrung des Ausweises:

Hinweise, Bemerkungen:

---

## Allergie-Pass

Ja      Nein

Verwahrung des Ausweises:

---

## Röntgen-Pass

Ja      Nein

Verwahrung des Ausweises:

---

## Impf-Pass oder Impf-Nachweise

Ja      Nein

Verwahrung des Nachweises:

---

## Diabetikerausweis

Ja      Nein

Verwahrung des Ausweises:

---

## Herzschrittmacherausweis / Defibrillator-Ausweis

Ja      Nein

Verwahrung des Ausweises:



## Name, Vorname

### Notfall-Ausweise

#### Blutspende-Ausweis

Ja            Nein

Verwahrung des Ausweises:

---

#### Implantat-Ausweis

Ja            Nein

Verwahrung des Ausweises:

---

#### Marcumar-Ausweis

Ja            Nein

Verwahrung des Ausweises:

---

#### Brillenpass

Ja            Nein

Verwahrung des Ausweises:

---

#### Weitere:

Verwahrung des Ausweises:

---

#### Weitere:

Verwahrung des Ausweises:

- Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, können Sie in einer Klarsichthülle in der Notfallmappe ablegen.
- Alle übrigen Ausweise und die Notfallkarte am Ende der Notfallmappe sollten Sie in der Geldbörse bei sich tragen. Von diesen Ausweisen können Sie eine Kopie in dieser Notfallmappe ablegen.



Name, Vorname

## Medizinische Daten

Aktuelle Erkrankungen, Medikamente, Diagnosen und Allergien  
**Genauere Angaben retten Ihr Leben!** Lassen Sie sich einen Ausdruck vom Hausarzt oder Facharzt erstellen oder diesen abstempeln und unterzeichnen.

### Blutgruppe / Rhesusfaktor:

Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis): Ja Nein

Welche:

Weitere:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

### Im Notfall zu beachten:

#### z.B. Glasknochen, Bluter:

Welche:

Weitere:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

Schwerhörigkeit:	Ja	Nein	Herzinfarkt:	Ja	Nein
Defibrillator:	Ja	Nein	Dialysebehandlung:	Ja	Nein
Chron. Organleiden:	Ja	Nein	Thromboseneigung:	Ja	Nein
Sehbehinderung:	Ja	Nein	Kontaktlinsen:	Ja	Nein

### Gegenwärtige Krankheiten

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:



## Name, Vorname

### Chronische Krankheiten

**Diabetes**      Ja              Nein

Insulin          Ja              Nein              Tabletten      Ja              Nein

Verwahrung des Ausweises:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

-----  
**Krampfleiden**      Ja              Nein  
(z.B. Epilepsie)

Wenn ja, welche:

Weitere:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

-----  
**Allergien**              Ja              Nein

Welche:

Weitere:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

-----  
**Allergien**              Ja              Nein

Welche:

Weitere:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

-----  
**Allergien**              Ja              Nein

Welche:

Weitere:

Behandelnder Arzt oder Ärztin:

Telefon:

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Stempel und Unterschrift Arzt**



## Name, Vorname

### Therapie (z.B. Psychotherapie)

Name der Praxis:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

---

### Therapie (z.B. Psychotherapie)

Name der Praxis:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

---

### Apotheke (bei der ich eine Kundenkarte / Medikamentenliste habe)

Name der Apotheke:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Fax-Nr.:

---

### Behandelnder Zahnarzt

Name der Praxis:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Fax-Nr.:

### Letzte ambulante und / oder stationäre Zahn-Behandlungen

Welche:

Wann:

Krankenhaus oder  
Praxis:




**Name, Vorname**

**Behinderung/en / Anerkennungsbescheid**

des Versorgungsamtes (Ort):

Ausstellungsdatum:

Aktenzeichen:

Wenn noch nicht erteilt, Datum der Antragstellung:

Vorhandene Behinderungen/Merkzeichen:

Pflegekasse:

Pflegegrad:

**Letzte ambulante und / oder stationäre Behandlungen**

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

**Operationen**

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:

**Implantate und Transplantationen (Herzschrittmacher, Gelenke, Zähne, Augen)**

Welche:	Wann:	Krankenhaus oder Praxis:



## Name, Vorname

### Notfallkarte

Bitte füllen Sie diese Notfallkarte aus. Diese kann dann ausgeschnitten, in der Mitte gefalzt, mit Ihren Ausweispapieren oder in der Geldbörse mitgeführt werden. Legen Sie ein Kärtchen auch ins Auto.

**Notfallkarte (Aufbewahrung in der Geldbörse)**

**Polizei**      **110**

**Rettungsdienst (Notarzt, Feuerwehr)**      **112**

---

**Hausarzt** .....

**Telefon** .....

**Vollmacht / Betreuungsverfügung /  
Patientenverfügung \* vorhanden**

**Mein Name:** .....

**Vorname** ..... **geb.** .....

**Adresse:** .....

.....

**Bitte informieren Sie meine Vertrauensperson:**

**Name** .....

**Telefonnummer** .....

**Adresse:** .....

.....

**Notfallkarte (Aufbewahrung in der Geldbörse)**

**Polizei**      **110**

**Rettungsdienst (Notarzt, Feuerwehr)**      **112**

---

**Hausarzt** .....

**Telefon** .....

**Vollmacht / Betreuungsverfügung /  
Patientenverfügung \* vorhanden**

**Mein Name:** .....

**Vorname** ..... **geb.** .....

**Adresse:** .....

.....

**Bitte informieren Sie meine Vertrauensperson:**

**Name** .....

**Telefonnummer** .....

**Adresse:** .....

.....

Bitte hier ausschneiden, knicken und zusammenfalten (evtl. kleben und in eine EC-Kartenhülle einfügen).

**Erklärung zur Organ- und Gewebespende**

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder  JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe: .....

oder  JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe: .....

oder  NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder  Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname ..... Telefon .....

Straße ..... PLZ, Wohnort .....

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise

DATUM ..... UNTERSCHRIFT .....

**Organspendeausweis** 

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

**Organspende**

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße ..... PLZ, Wohnort .....

Familie Mütter Stiftung  
45739 Ocr-Erkenschwick  
Tel. 02368 2053  
<http://www.mueter.de>

**Organspende**  
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.

**Erklärung zur Organ- und Gewebespende**

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder  JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe: .....

oder  JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe: .....

oder  NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder  Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname ..... Telefon .....

Straße ..... PLZ, Wohnort .....

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise

DATUM ..... UNTERSCHRIFT .....

**Organspendeausweis** 

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

**Organspende**

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße ..... PLZ, Wohnort .....

Familie Mütter Stiftung  
45739 Ocr-Erkenschwick  
Tel. 02368 2053  
<http://www.mueter.de>

**Organspende**  
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.



## 2. Teil: Vorsorgemappe

### Erwerbstätigkeit

Bei Selbständigkeit

### Rente / Versorgung

Gesetzliche Rentenversicherung / Berufsständische Versorgung

Betriebsrente / Zusatzversorgung

Private Rentenversicherung

Beamtenversorgung

Witwen-/ Witwer-, Waisen-Rente

Riester-/Rürup-Rente

Sonstige Versorgungsleistungen (z.B. Leibrente)

Grundsicherung für Arbeitsuchende / im Alter / bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe

### Zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherungen

Auslands-Krankenversicherung

Private Zahnzusatzversicherung/en

Pflegeversicherung

Pflegezusatzversicherung

### Familie

Kinder und deren Kinder

Eltern, Geschwister

### Checkliste für den Todesfall

#### Versicherungen

Privathaftpflichtversicherung

Hausratsversicherung

Brandversicherung / Feuerversicherung

Gebäudeversicherung

Privatrechtsschutzversicherung - Verkehrsrechtsschutzversicherung

Fahrzeuge/Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped)

Daten für Internet, Mail und Computer

Verträge (Ausgaben)

Abonnements für Sammlungen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher

Mitgliedschaften (Vereine, Gewerkschaft, Automobilclubs usw.)

#### Vermögensaufstellung

Grund- und Immobilieneigentum

Girokonten

Sparkonto/Sparbuch

Bausparvertrag



Sonstige Vermögensgegenstände wie Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.

Bestehende private Verträge (Einnahmen)

Verbindlichkeiten (Ausgaben)

Darlehen / Kredit von

Weitere Versicherungen (z.B. Berufsunfähigkeit, Krankentagegeld, Auslandskrankenversicherung, Glas, Insassenunfallversicherung usw.)

Weitere Verträge (Ausgaben)

Weitere Abonnements

Weitere Mitgliedschaften (Vereine, Clubs usw.)

Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht)

Meine Verfügung für den Todesfall

Sterbegeldversicherung / Sterbeversicherung

Angaben für die Rede zur Trauerfeier / Grabrede

Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden



## Name, Vorname

### Erwerbstätigkeit

Berufliche Tätigkeit:

Personalnummer:

Sozialversiche-  
rungsnummer:

Name des Arbeitgebers:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

E-Mail Arbeitgeber:

---

### Bei Selbstständigkeit

Name der Firma:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

E-Mail Firma:

Handelsregister:

Berufs- und  
Diensthaftpflicht-  
versicherung:

Berufsunfähig-  
keitsversicherung:

---

Zuständiges Finanzamt:

Steuer-Identifikationsnummer:

Steuernummer:

---

Hinweise, Bemerkungen (z.B. bezahlte Nebentätigkeiten, Ehrenämter)



**Name, Vorname**

## Rente / Versorgung

### Gesetzliche Rentenversicherung / Berufsständische Versorgung

Rentenversicherungsträger/  
Versorgungskammer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

Bescheide vom:

\_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen:

\_\_\_\_\_

---

### Betriebsrente / Zusatzversorgung

Rentenversicherungsträger:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

Bescheide vom:

\_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen:

\_\_\_\_\_

---

### Private Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

Bescheide vom:

\_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen:

\_\_\_\_\_

---

### Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende

Behörde:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

Personalnummer:

\_\_\_\_\_

Bescheide vom:

\_\_\_\_\_

Verwahrort der Unterlagen:

\_\_\_\_\_



## Name, Vorname

### Witwen-/ Witwer-, Waisen-Rente

Rentenversicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Telefon:

Bescheide vom:

Verwahrort der Unterlagen:

---

### Riester-/ Rürup-Rente

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Telefon:

Verwahrort der Unterlagen:

---

### Sonstige Versorgungsleistungen (z.B. Leibrente)

Leistung von:

Vertrag vom:

Telefon:

Leistungsart:

Verwahrort der Unterlagen:

---

### Grundsicherung für Arbeitsuchende / im Alter / bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe

Behörde:

Aktenzeichen:

Telefon:

Sachbearbeiter:

Letzter Bescheid vom:

Verwahrort der Unterlagen:

---

### Hinweise, Bemerkungen (z.B. Eingaben, Widersprüche)

---

---

---



**Name, Vorname**

## Zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherungen

### Auslands-Krankenversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Telefon:

E-Mail:

Verwahrung der  
Unterlagen:

---

### Private Zahnzusatzversicherung/en

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Verwahrung der  
Unterlagen:

---

### Pflegeversicherung

Privat:            gesetzlich:            Pflegegrad:

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Verwahrung der  
Unterlagen:

---

### Pflegezusatzversicherung

Leistungen ab Pflegegrad:

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Verwahrung der  
Unterlagen:

---

### Bemerkungen zu den Versicherungen und Leistungen

---

---

---

---

---



**Name, Vorname**

## Familie

### Kinder und deren Kinder

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel): \_\_\_\_\_

-----

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel): \_\_\_\_\_

-----

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen: \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis (z.B. Kind, Enkel): \_\_\_\_\_

Sollte der Platz nicht ausreichen, nehmen Sie bitte die entsprechenden Seiten aus dem Internet ([www.ingolstadt.de/Notfallmappe](http://www.ingolstadt.de/Notfallmappe)) und heften Sie diese hier ein.



## Name, Vorname

### Eltern, Geschwister

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Eltern, Geschwister):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis (z.B. Eltern, Geschwister):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis (z.B. Eltern, Geschwister):

Sollte der Platz nicht ausreichen, nehmen Sie bitte die entsprechenden Seiten aus dem Internet ([www.ingolstadt.de/Notfallmappe](http://www.ingolstadt.de/Notfallmappe)) und heften Sie diese hier ein.



## Name, Vorname

### Checkliste für den Todesfall

Ein Trauerfall fordert meist die gesamte Kraft der Hinterbliebenen – und doch muss vieles gleichzeitig erledigt und organisiert werden. Die Bestattungsinstitute übernehmen nach Absprache (gegen Bezahlung) viele der Aufgaben, um Sie zu entlasten. Die nachfolgenden Hinweise können eine Hilfe für die Einleitung aller notwendigen Schritte sein:

1. Bei einer **gewünschten Organspende** muss umgehend der Rettungsdienst 112 gerufen werden, um eine medizinische Versorgung zu gewährleisten. Bitte suchen Sie dazu den Organspende-Ausweis und händigen Sie diesen den Rettungskräften aus.
2. Unmittelbar (innerhalb von 4 Stunden) nach Eintreten des Todes außerhalb von Krankenhäusern muss der Hausarzt wegen der Ausstellung des Totenscheins verständigt werden. Ist er nicht zu erreichen, dann die **112** anrufen.
3. Bestattungsinstitut nach dem Tod des Angehörigen auswählen und wegen **Beratungsgespräch** anrufen. Bitte die Wünsche des Verstorbenen beachten. **Bei finanziellen Problemen: Sozialbestattung!** Kontaktaufnahme mit dem Amt für Soziales, Tel. 08 41 / 305-50101.
4. Pfarramt, Glaubensgemeinschaft benachrichtigen, falls Beistand erwünscht.
5. Nächste Angehörige benachrichtigen und weitere Schritte besprechen.
6. Wichtig: bei Beschäftigungsverhältnis der trauernden nächsten Verwandten (Eltern, Kinder, Geschwister, Großeltern, Schwiegereltern, Ehepartner, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Adoptiv-, Pflege-, Enkelkinder) **Sonderurlaub wegen Todesfall** beantragen.
7. Wichtige Unterlagen suchen (siehe Notfall- und Vorsorgemappe: Verwahrungsorte)
  - z.B. Personalausweis, Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, usw.
  - Verträge und Verfügungen des Verstorbenen und entsprechend handeln (z.B. Testament, Vorsorgevertrag mit Bestattungsinstitut, Willenserklärung zur Feuerbestattung, usw.)
8. Wohnung versorgen (Haustiere und Pflanzen versorgen, ggf. Strom, Gas, Wasser abstellen).
9. Bei Unfalltod innerhalb von 48 Stunden der Versicherungsgesellschaft anzeigen.
10. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen.  
Standes- und Bestattungsamt Ingolstadt: ☎ 08 41 / 305-15 90 /-15 93  
Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
  - Personalausweis des/der Verstorbenen
  - Todesbescheinigung
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
  - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
  - Evtl. Scheidungsurteil mit Rechtskraftvermerk, wenn nicht wieder verheiratet
11. Von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) wird die Lage des Grabes und im Gespräch mit dem Bestatter der Tag der Beisetzung festgelegt.
12. Auswahl / Bestimmung des Sarges, der Urne, der Totenbekleidung, Umfang der Trauerfeier, usw.
13. Bei Feuerbestattungen: Genehmigung des Krematoriums einholen.
14. Evtl. Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben.
15. Erbschein beim Nachlassgericht (zuständiges Amtsgericht Ingolstadt) beantragen.
16. Weitere Benachrichtigungen, **Wichtig!** immer Kopie der Sterbeurkunde beilegen:
17. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber des Verstorbenen senden
18. Schriftliche Mitteilung an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
19. Schriftliche Mitteilung an Bank über Todesfall



## Name, Vorname

- Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und der Krankenkasse, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben
17. Bestattungsform bestimmen soweit nicht in der Vorsorgemappe enthalten (Bestattungsarten: z.B. Erd- & Feuerbestattung, Seebestattung, usw.).
  18. Terminabsprache und Trauergespräch mit dem Pfarrer oder Trauerredner.
  19. Drucken und Versenden von Sterbe-/ Erinnerungsbildern und Trauerkarten.
  20. Grabschmuck für Trauerhalle und Grab bei Gärtnerei bestellen (Blumen, Kränze, Trauerschleifen).
  21. Bewirtung für Traueressen oder Beerdigungskaffee reservieren.
- So bald als möglich:**
22. Ordner mit wichtigen Dokumenten anlegen (z.B. Sterbeurkunde, Grabnutzung & Pflege, Abrechnungen).
  23. Evtl. muss eine abschließende Einkommenssteuererklärung erstellt werden.
  24. Konten auf laufende Zahlungen überprüfen.
  25. Schriftliche Kündigung bzw. Umschreibung auf Hinterbliebene / Nachnutzer laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Internet, Strom, Gas, Rundfunkbeitrag siehe Vorsorgemappe.). Bei Mietverträgen besteht ein Sonderkündigungsrecht innerhalb eines Monats mit 3-monatiger Kündigungsfrist.
  26. Kündigung laufender Abbuchungsverträge und evtl. Kfz-Abmeldung.
  27. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
  28. Abmeldung bei möglichen weiteren Behörden und Ämtern.
  29. Antrag auf Rentenfortzahlung (¼ Jahr) bei Rentenversicherung stellen.  
Gegebenen-falls Witwen-/Witwerrente oder Waisenrente beantragen.  
Beratungstermin vereinbaren: Versicherungsamt Ingolstadt, ☎ 08 41 / 305-50241
- Nach der Trauerfeier oder Beisetzung:**
30. Eventuell per Zeitungsinserat Dank für Anteilnahme ausdrücken.
  31. Danksagungskarten verschicken.
  32. Nach Erhalt des Erbscheins gegebenenfalls Testament eröffnen lassen.
  33. Räumung der Wohnung, soweit keine Nach- oder Weiternutzung erfolgt.
  34. Einen Steinmetz für Grabeinfassung und Grabstein beauftragen.
  35. Nach etwa sechs Wochen das Grab aufräumen und Grabpflege organisieren.
  36. **Hinweis zu den Nachlassangelegenheiten:**

Handschriftliches oder notarielles Testament\* vorhanden: Ja  Nein

Hinterlegt bei:

Adresse:

Telefon:

Handy/Fax:

Zuständiges

Amtsgericht:

\* eigenhändig mit Name, Ort und Datum oder notariell verfasst. Sonst gilt gesetzliche Erbfolge. Beim zuständigen Amtsgericht muss mit dem Totenschein und dem gültigen Testament der Erbschein beantragt werden. Gleich mehrere Ausfertigungen für Banken und Versicherungen erstellen lassen. Ermöglicht die Konten- und Versicherungsführung der Erben.

➤ **Sterbe- und Trauerbegleitung**

- Hospizverein Ingolstadt e.V., ☎ 08 41 / 17 111 oder 08 41 / 17 178
- Trauerarbeit der Malteser Hilfsdienst e.V.. ☎ 084 21 / 98 07-15 /-77
- Die Telefonseelsorge (gebührenfrei):  
☎ 08 00 / 11 10 111 und ☎ 08 00 / 11 10 222. [www.telefonseelsorge.de](http://www.telefonseelsorge.de)

➤ **Suizidprävention:** Caritas Ehe-, Familien- und Lebensberatung; ☎ 08 41 / 309 111  
Psychologische Beratungsstelle, ☎ 08 41 / 93 15 18 11



**Name, Vorname**

## **Versicherungen**

### **Lebensversicherung**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:

---

### **Weitere Lebensversicherung**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:

---

### **Private Unfallversicherung**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:

---

### **Gesetzliche Unfallversicherung/en, Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:

---

### **Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorge / Sterbeversicherung**

Versicherung / Bestatter:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:



**Name, Vorname**

## **Privathaftpflichtversicherung**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:

---

## **Hausratsversicherung**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:

---

## **Brandversicherung / Feuerversicherung**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:

---

## **Gebäudeversicherung**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:

---

## **Privatrechtsschutzversicherung – Verkehrsrechtsschutzversicherung**

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrt der Unterlagen:



**Name, Vorname**

**Fahrzeuge/Versicherung (z.B. Auto, Zweitwagen, Motorrad, Moped)**

Fahrzeugart:

Abgemeldet:

Hersteller, Typ:

amtliches Kfz-Kennzeichen:

regelmäßiger Standort:

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:

-----  
Fahrzeugart:

Abgemeldet:

Hersteller, Typ:

amtliches Kfz-Kennzeichen:

regelmäßiger Standort:

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:

-----  
Fahrzeugart:

Abgemeldet:

Hersteller, Typ:

amtliches Kfz-Kennzeichen:

regelmäßiger Standort:

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:



## Name, Vorname

### Daten für Internet, Mail und Computer

Bitte überlegen Sie sich eine Form der Übermittlung Ihrer Passwörter und Zugangsdaten, die Ihren Erben eine Abwicklung der E-Mail-Konten und aller Verpflichtungen aus Online-Konten bzw. Zahlungsverpflichtungen aus Online-Shops, Social Media, Online Abo-Bereichen (z.B. Zeitschriften, Hörbücher, Musik etc.), Versicherungsplattform usw. ermöglichen. Ihre Erben müssen für diese Zahlungen zukünftig einstehen. Evtl. wäre eine (ständig aktualisierte) Anlage zu einem hinterlegten Testament die richtige Aufbewahrungsform. Möglich wäre auch ein Bankschließfach, zu dem aber Zugang für Ihre Vertrauensperson/en bestehen muss.

Ich habe folgende E-Mail-Adressen

1. E-Mail: \_\_\_\_\_ über Anbieter: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:

2. E-Mail: \_\_\_\_\_ über Anbieter: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:

3. E-Mail: \_\_\_\_\_ über Anbieter: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:

Ich habe Konten / Zugänge bei folgenden Internet-Seiten (Foren, Plattformen, Netzwerke wie PayPal, Ebay, Amazon, Facebook, Twitter, WhatsApp, Google+)

1. \_\_\_\_\_ Benutzername: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:

2. \_\_\_\_\_ Benutzername: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:

3. \_\_\_\_\_ Benutzername: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:

4. \_\_\_\_\_ Benutzername: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:

5. \_\_\_\_\_ Benutzername: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:

6. \_\_\_\_\_ Benutzername: \_\_\_\_\_

Zugangsdaten  
hinterlegt:



## Name, Vorname

### Verträge (Ausgaben)

z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Pachtverträge usw.

**Rundfunkbeitrag (GEZ) Beitragsnummer:**

**Vertragspartner:** ARD ZDF Deutschlandradio

**Adresse:** Beitragsservice, 50656 Köln

**Telefon:** 018 06 / 99 95 55 10 (kostenpflichtig) **Fax:** 018 06 / 99 95 55 01 (kostenpflichtig)

**Internet:** [www.rundfunkbeitrag.de/](http://www.rundfunkbeitrag.de/)

**Verwahrort der Unterlagen:**

-----  
Vertragsgegenstand:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

-----  
Vertragsgegenstand:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

-----  
Vertragsgegenstand:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:



## Name, Vorname

### Abonnements für Sammlungen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

### Mitgliedschaften (Vereine, Gewerkschaft, Automobilclubs usw.)

Mitglied im/bei:

Ansprechpartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Mitglied im/bei:

Ansprechpartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Bemerkungen:



## Name, Vorname

### Vermögensaufstellung

#### Grund- und Immobilieneigentum

**Art des Grund-/Immobilienbesitzes:**

(z.B. Wohnhaus, Garage Wiese, Wald, Fischteich)

Flur-Nr. / Gemarkung:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Grundbucheintrag  
beim Amtsgericht:

Datum des Eintrags:

Eigentumsverhältnis:           Alleineigentum           Miteigentümer

Name/n Miteigentümer:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Verwahrung der Unterlagen:

---

**Art des Grund-/Immobilienbesitzes:**

(z.B. Wohnhaus, Garage Wiese, Wald, Fischteich)

Flur-Nr. / Gemarkung:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Grundbucheintrag  
beim Amtsgericht:

Datum des Eintrags:

Eigentumsverhältnis:           Alleineigentum           Miteigentümer

Name/n Miteigentümer:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Verwahrung der Unterlagen:



## Name, Vorname

### Girokonten

Geldinstitut:

Geschäftsstelle:

Adresse:

IBAN:

BIC:

EC-Karte / Kreditkarte

Zusätzlich verfügungsberechtigt:

Vollmacht über den Tod hinaus:

-----  
Geldinstitut:

Geschäftsstelle:

Adresse:

IBAN:

BIC:

EC-Karte / Kreditkarte:

Zusätzlich verfügungsberechtigt:

Vollmacht über den Tod hinaus:

### ----- Sparkonto/Sparbuch

Geldinstitut:

Geschäftsstelle:

Adresse:

IBAN:

BIC:

EC-Karte / Kreditkarte:

Zusätzlich verfügungsberechtigt:

Vollmacht über den Tod hinaus:

Hinweise, Bemerkungen



## Name, Vorname

### Bausparvertrag

Geldinstitut:

---

Geschäftsstelle:

---

Adresse:

---

Vertragsnummer:

---

Zusätzlich verfügungsberechtigt:

---

Vollmacht über den Tod hinaus:

---

---

### Weiterer Sparvertrag

Geldinstitut:

---

Geschäftsstelle:

---

Adresse:

---

Vertragsnummer:

---

Zusätzlich verfügungsberechtigt:

---

Vollmacht über den Tod hinaus:

---

---

### Sonstige Vermögensgegenstände wie Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.

Institut	Welcher Art	Verwahrung der Unterlagen

\* Konto-/Depot-Vollmacht siehe unter Vorsorge-Dokumente / Vorsorge-Vollmacht

### Hinweise, Bemerkungen

---

---

---



## Name, Vorname

### Bestehende private Verträge (Einnahmen)

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

---

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

---

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

---

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

---

### Verbindlichkeiten (Ausgaben)

#### Darlehen / Kredit von

Darlehensgeber:

---

Adresse:

---

Betrag:

Fälligkeit:

---

Tilgung:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

---

#### Darlehen / Kredit von

Darlehensgeber:

---

Adresse:

---

Betrag:

Fälligkeit:

---

Tilgung:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

### Hinweise, Bemerkungen

---

---



**Name, Vorname**

**Weitere Versicherungen (z.B. Berufsunfähigkeit, Krankentagegeld, Au  
landsrankenversicherung, Glas, Insassenunfallversicherung usw.)**

Versicherungsbezeichnung:

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:

-----  
Versicherungsbezeichnung:

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:

-----  
Versicherungsbezeichnung:

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:

-----  
Versicherungsbezeichnung:

Versicherungsgesellschaft:

Geschäftsstelle:

Adresse:

Vertragsnummer:

Verwahrort der Unterlagen:



## Name, Vorname

### Weitere Verträge (Ausgaben)

z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Pachtverträge usw.

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

-----

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

-----

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

-----

Vertragsgegenstand:

---

Vertragspartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---



**Name, Vorname**

## Weitere Abonnements

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:

Abonnement für:

Vertragspartner:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Verwahrort der Unterlagen:



**Name, Vorname**

## Weitere Mitgliedschaften (Vereine, Clubs usw.)

Mitglied im/bei:

---

Ansprechpartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

---

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

---

Mitglied im/bei:

---

Ansprechpartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

---

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

---

Mitglied im/bei:

---

Ansprechpartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

---

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---

---

Mitglied im/bei:

---

Ansprechpartner:

---

Adresse:

---

Telefon:

Handy:

---

E-Mail:

---

Verwahrort der Unterlagen:

---



## Name, Vorname

### Weitere Vollmachten und Verfügungen (z.B. Konto-/Depot-Vollmacht)

#### Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine \_\_\_\_\_ errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

#### Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine \_\_\_\_\_ errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

#### Art der Vollmacht / Verfügung:

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine \_\_\_\_\_ errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_



## Name, Vorname

### Meine Verfügung für den Todesfall

#### Meine Unterlagen sind zu finden:

Verwahrt Personalausweis, Reisepass:

Handschriftliches Testament vorhanden:      Ja                      Nein

Erbvertrag, Vermächtnisse vorhanden:      Ja                      Nein

Hinterlegt bei:

Bei Tod des Gatten/Gattin

Name, Vorname:

Sterbedatum:

Aufbewahrungsort der  
Sterbeurkunde:

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde /  
des Stammbuches:

Aufbewahrungsort des  
Partnerschaftsvertrages:

Güterstand, Verwahrung  
Ehevertrag:

Bei Scheidung      Datum

Gericht:

Aufbewahrungsort des  
Scheidungsurteils:

---

### Sterbegeldversicherung / Sterbeversicherung

Versicherung, Bestatter:

Geschäftsstelle:

Telefon:

Vertragsnummer:

Unterlagen befinden sich:

---

Mit folgendem Bestatter wurde ein Bestattungsvorsorge-Vertrag geschlossen

Geschäftsstelle:

Telefon:

Vertragsnummer:

Unterlagen befinden sich:

Hinweise, Bemerkungen (z.B. Pflichtteilsverzicht, Ausgleichsanordnungen, Anrechnungsbestimmungen, Übergabeverträge, Schenkungsverträge, Zugangsdaten Computer, Handy usw.)

---

---

---



**Name, Vorname**

## Meine Verfügung für den Todesfall

---

Art der Bestattung (Erd-, Feuer / Urnenbestattung, anonyme Bestattung, Seebestattung)

---

Einkleidung meines toten Körpers

---

Sarg, Ausstattung meines Sarges / meiner Urne

---

Trauerfeier, Ort (kirchlich, nicht kirchlich, ggf. Hinweis auf Unterlagen und deren Verwahrung)

---

Pfarrer / Trauerredner (persönliche Angaben zur Trauerrede siehe weiter unten)

---

Musik zur Trauerfeier (Live oder CD, in der Regel 3 Titel – Angaben können weiter unten erfolgen)

---

Besondere Wünsche

---

Versendung von Trauerkarten (evtl. weitere Hinweise sind wo zu finden?)

---

Traueranzeige (wo, evtl. keine? Text vorbereitet? Wo hinterlegt?)

---

Blumen und Kränze (Geldspende, statt Blumen evtl. Spende für einen bestimmten Zweck? Weitere Anordnungen sind wo zu finden?)

---

Grab (Beisetzungswunsch auf Friedhof, vorhandener Grabnutzungsvertrag mit der Gemeinde / Kirchengemeinde, Grabpflege / Grabpflegevertrag, Grab-Art, Verwahrung von Unterlagen)

---

Auflösung des Haushalts / Verbleib von Tieren



## Name, Vorname

### Angaben für die Rede zur Trauerfeier / Grabrede

\_\_\_\_\_  
Name Vorname bzw. Rufname / Kosename

\_\_\_\_\_  
Geburtsname geboren am Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Wohnort Straße / Hausnummer

-----  
Eltern Pflegeeltern Stiefmutter Stiefvater noch lebend?

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Adresse Adresse

-----  
Geschwister (Geschwisterfolge mit Vorname und Geburtsjahr):

\_\_\_\_\_

-----  
Kindheit, Schulzeit, Jugend (Besondere Erlebnisse / Umstände):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----  
Schulabschluss, Studium (Wann, Wo):

\_\_\_\_\_

-----  
Erlernte/r Beruf/e (Lehre, wo gearbeitet – evtl. von bis, wann Ruhestand / Rente)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Name, Vorname

Heirat/en, Lebenspartnerschaft/en:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Wo geheiratet

\_\_\_\_\_  
Falls geschieden oder verstorben: wann

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Wo geheiratet

\_\_\_\_\_  
Falls geschieden oder verstorben: wann

\_\_\_\_\_  
Wann und wo haben Sie Ihre/n Partner/in kennen gelernt

-----  
Kinder (Reihenfolge mit Vorname und Geburtsdatum, lebend):

\_\_\_\_\_

-----  
Enkel und Urenkel (Reihenfolge mit Vorname und Geburtsdatum):

\_\_\_\_\_

-----  
Mein Lebensmotto:

\_\_\_\_\_

-----  
Prägende Lebenserfahrungen: Krieg (Teilnahme), Vertreibung, Krankheit, Schicksalsschläge:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----  
Wichtige Begleiter auf meinem Lebensweg (Freunde, Arbeitskollegen, Haustiere):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Name, Vorname**

Hobbys, Sport, gemeinsame Beschäftigung mit Familie – Freunde:

---

---

---

---

Mitgliedschaft in Vereinen (Tätigkeit, Position, Sponsor):

---

---

---

---

---

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

---

---

---

Wenn Oben nicht genügend Platz war: welche Musikwünsche haben Sie:

Musik von CD

Live-Musik, vom wem:

1. Titel

---

---

2. Titel:

3. Titel:

---

---

Was ist Ihnen noch wichtig zu erwähnen:

---

---

---

---



## Name, Vorname

### Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:  
(z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege)

-----  
Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:  
(z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege)

-----  
Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:  
(z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege)

-----  
Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:  
(z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege)



## Name, Vorname

### Folgende Personen sollen über meinen Tod benachrichtigt werden:

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:  
(z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege)

-----  
Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:  
(z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege)

-----  
Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:  
(z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege)

-----  
Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Handy:

Mail oder Fax-Nr. bei Gehörlosen:

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:  
(z.B. Kind, Enkel, Freund, Kollege)



## **IMPRESSUM**

**Herausgeber:** Stadt Ingolstadt, Referat V – Soziales, Sport und Freizeit

**Bearbeitung:** Stadt Ingolstadt, Amt für Soziales, Auf der Schanz 39, 85049 Ingolstadt  
Tel. 08 41 / 305-501 01, E-Mail: [sozialamt@ingolstadt.de](mailto:sozialamt@ingolstadt.de)

**Bildnachweis:** [www.fotolia.com](http://www.fotolia.com): Chariclo\_Seniorin, contrastwerkstatt, Diana Drubig

Überarbeitete Auflage Mai 2023

Die Stadt Ingolstadt übernimmt für die Vollständigkeit und korrekte Wiedergabe von Telefonnummern oder anderen Angaben keine Gewähr.