



Landkreis  
**PFAFFENHOFEN** a.d. Ilm



# Notfallmappe

für den Überblick in Notsituationen



# Notfallmappe

für

.....  
Vor- und Nachname

17. Auflage / April 2026

## Herausgeber

Landkreis Pfaffenhofen a.d.Ilm  
Hauptplatz 22 | 85276 Pfaffenhofen a.d.Ilm  
Telefon: 08441 27-0  
poststelle@landratsamt-paf.de  
landkreis-pfaffenhofen.de

## Bildquellen:

© CandyBoxImages-fotolia.com  
© Robert Kneschke-fotolia.com  
© pixabay.com  
© Landkreis Pfaffenhofen a.d.Ilm

Scannen  
und noch mehr Informationen  
zum Landkreis Pfaffenhofen  
a.d.Ilm erhalten





Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

nicht selten werden Menschen von Notsituationen überrascht – auch junge Menschen, die mitten im Leben stehen. Ein schlimmer Unfall oder eine schwere Erkrankung kann jeden von uns jederzeit treffen. Neben den schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen tritt dann oft das Problem auf, dass man seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann.

Es ist daher enorm wichtig, Vorsorge für solch unvorhersehbare Lebenslagen zu treffen. Die Betreuungsbehörde des Landratsamts Pfaffenhofen a. d. Ilm hat dazu als Hilfestellung eine Informationsmappe zusammengestellt, in die wichtige persönliche Daten aufgenommen werden können. Die Mappe dient einem Angehörigen oder einer benannten Vertrauensperson dazu, sich einen umfassenden Überblick zu verschaffen, um im Bedarfsfall schnell und zielgerichtet handeln zu können.

Zögern Sie nicht und sorgen Sie vor! Vorsorge ist keine Frage des Alters und gibt Sicherheit für die Zukunft!

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Albert Gürtner'.

Albert Gürtner  
Landrat

## Inhaltsverzeichnis

Persönliche Daten und wichtige Rufnummern	04
Gesundheit	07
Versicherungen, Verträge und Mitgliedschaften	09
Finanzen, Steuern und Immobilien	13
Vorsorgeverfügungen und Vollmachten	15
Testament bzw. Erbvertrag	29
Organspendeausweis	31



## Persönliche Daten

.....  
Name

Vorname

.....  
Geburtsdatum

Geburtsort

.....  
Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

.....  
Telefonnummer

Handy

.....  
E-Mail

Telefax

.....  
Religionsbekenntnis

Staatsangehörigkeit

.....  
Familienstand

Ehegatte: Name, Vorname

## Arbeitgeber

.....  
Name und Anschrift

Telefonnummer

## Nebenberuf / Nebenbeschäftigung

.....  
Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Telefonnummer

## Weitere Anmerkungen

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

# Im Notfall zu benachrichtigen

## 1. Adresse

.....  
Name

Vorname

.....  
Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

.....  
Telefonnummer

Handy

.....  
E-Mail

Telefax

## 2. Adresse

.....  
Name

Vorname

.....  
Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

.....  
Telefonnummer

Handy

.....  
E-Mail

Telefax

**Im Notfall zu beachten:**

**Wer hat für die Wohnung und sonstige Räume Schlüssel?**

.....

## Wichtige Rufnummern

Polizei	110
Feuerwehr	112
Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern	116 117
Ilmtalklinik Pfaffenhofen	084 41 79-0
Polizeiinspektion Pfaffenhofen	084 41 8 09 50
Polizeiinspektion Geisenfeld	084 52 72 00

Pfarramt

---

EC-Kartensperrung	116 116
BIC:	IBAN:

---

Stadt-/ Gemeindeverwaltung

---

Ambulanter Pflegedienst

---

Sonstige wichtige Rufnummern

---

---

## Wichtige Angaben beim Notruf

1. Was ist passiert?
2. Wo ist es passiert?
3. Wie viele Verletzte?
4. Welche Art der Verletzung?
5. Warten auf Rückfragen!

# Krankenhauseinweisung

## Was muss ich bei einer Krankenhauseinweisung mitnehmen?

- Krankenhauseinweisung
- Versicherungskarte, Personalausweis, Geld
- Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
- Toilettenartikel
- Brille, Hörgerät, Gehhilfe, etc.
- Nachtwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan / Vorbefunde
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel

### Außerdem wichtig!

- ggf. Pflegedienst benachrichtigen
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)

### Ärzte, Apotheke und ambulanter Pflegedienst

#### Hausarzt

.....  
Name der Praxis

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefonnummer

#### Andere Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin:

.....  
Name und Anschrift der Praxis

.....  
Fachrichtung

.....  
Telefonnummer

.....  
Name und Anschrift der Praxis

.....  
Fachrichtung

.....  
Telefonnummer

**Apotheke**

Name und Anschrift der Apotheke

Telefonnummer

**Ambulanter Pflegedienst**

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Telefonnummer

**Allergien (auch auf Medikamente)** Nein  Ja**Blutgruppe****Medizinische Implantate (künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, Port, Prothesen, ...)** Nein  Ja**Medikamentenplan (bitte aktuelle ärztliche Aufstellung beilegen!)**Blutgerinnungshemmende Substanzen  
(Marcumar usw.) Ja Nein

Falls ja, welche

.....	.....	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
Name des Medikaments	Dosierung			

.....	.....	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
Name des Medikaments	Dosierung			

.....	.....	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
Name des Medikaments	Dosierung			

**Impfpass** Nein  Ja

Aufbewahrungsort: .....

**Schwerbehinderung** Nein  Ja – Behinderungsgrad

Gültig bis: .....

**Organspendeausweis** Nein  Ja

Aufbewahrungsort: .....

**Diabetiker** Nein  Ja

# Versicherungen

## Krankenversicherung

.....  
Name der Krankenkasse

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer

.....  
Nummer der Versichertenkarte

## Krankenzusatzversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

## Auslandskrankenversicherung, Rücktransportversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

## Lebensversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

## Privathaftpflichtversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer



### Pflegeversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

### Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorgevertrag

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

### Unfallversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

### Wohngebäudeversicherung / Brandversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

### Wohngebäudeversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

### Hausratversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

### Rechtsschutzversicherung

.....  
 Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
 Telefonnummer

.....  
 Versicherungsnummer

### Verkehrsrechtsschutzversicherung

.....  
 Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
 Telefonnummer

.....  
 Versicherungsnummer

### Kfz-Versicherung

.....  
 Art (Pkw, Wohnmobil, Lkw, Motorrad)

.....  
 Hersteller, Typ

.....  
 Amtliches Kennzeichen

.....  
 Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
 Telefonnummer

.....  
 Versicherungsnummer

.....  
 Art (Pkw, Wohnmobil, Lkw, Motorrad)

.....  
 Hersteller, Typ

.....  
 Amtliches Kennzeichen

.....  
 Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
 Telefonnummer

.....  
 Versicherungsnummer

### Sonstige Versicherungen

.....  
 Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
 Telefonnummer

.....  
 Versicherungsnummer

.....  
 Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
 Telefonnummer

.....  
 Versicherungsnummer



## Rente / Vorsorge

### Altersrente

.....  
Versicherungsträger

.....  
Versicherungsnummer

### Hinterbliebenenrente

.....  
Versicherungsträger

.....  
Versicherungsnummer

### Betriebliche / berufsständische Altersversorgung / Zusatzversicherung

.....  
Versicherungsträger

.....  
Versicherungsnummer

### Berufsunfähigkeitsversicherung

.....  
Versicherungsgesellschaft (Name und Anschrift)

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherungsnummer

### Private Rentenversicherung

.....  
Versicherungsträger

.....  
Versicherungsnummer

### Sonstige Renten

.....  
Versicherungsträger

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Versicherungsträger

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Versicherungsträger

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Versicherungsträger

.....  
Versicherungsnummer

# Finanzen

## Girokonten

.....  
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....  
Kontonummer und Bankleitzahl oder IBAN

.....  
Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt

## Weitere Konten

.....  
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....  
Kontonummer und Bankleitzahl oder IBAN

.....  
Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt

.....  
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....  
Kontonummer und Bankleitzahl oder IBAN

.....  
Außer mir ist für dieses Konto verfügungsberechtigt

## Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

.....  
Zuständiges Finanzamt

.....  
Steuer-Identifikationsnummer



## Bankvollmacht (für folgende Konten besteht eine Bankvollmacht)

.....  
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....  
Kontonummer

.....  
Bankleitzahl oder IBAN

.....  
Name des Bevollmächtigten

## Bankschließfach

.....  
Geldinstitut (Name und Anschrift)

.....  
Schließfachnummer

.....  
Bankleitzahl

## Sonstige Vermögensanlagen

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

## Grund- und Immobilieneigentum

.....  
Art und Anschrift

.....  
Flur-Nr. / Gemarkung

.....  
Art und Anschrift

.....  
Flur-Nr. / Gemarkung

.....  
Art und Anschrift

.....  
Flur-Nr. / Gemarkung

.....  
Art und Anschrift

.....  
Flur-Nr. / Gemarkung

## Darlehensgeber

.....  
Name und Anschrift

.....  
Name und Anschrift

.....  
Name und Anschrift

.....  
Name und Anschrift

# Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Notvertretung für Ehegatten

Durch **Unfall, Krankheit und Alter** kann es passieren, dass wichtige Angelegenheiten des täglichen Lebens nicht mehr selbstverantwortlich geregelt werden können. Auch kann in gesundheitlicher Hinsicht eine Situation eintreten, die schwierige Entscheidungen abverlangt.

Aus diesem Grund sollte man sich die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen treffen soll, wenn man selbst vorübergehend oder auf Dauer dazu nicht mehr in der Lage ist. Dies ist insbesondere dann von enormer Bedeutung, wenn bei einer unheilbaren Erkrankung und Einwilligungsunfähigkeit des Patienten, Entscheidungen für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen getroffen werden sollen. Eine Möglichkeit hierzu bietet eine Vollmacht, Betreuungsverfügung bzw. die Patientenverfügung.

Mit der **Vollmacht** bevollmächtigt eine Person eine andere vertrauenswürdige Person, im Falle einer Notsituation alle oder bestimmte Aufgaben für den Vollmachtgeber zu erledigen. Durch eine umfassende Vollmacht kann ein gerichtliches Betreuungsverfahren vermieden werden.

Bei der **Betreuungsverfügung** wird eine Person bestimmt, die vom Betreuungsgericht als Betreuer eingesetzt wird (Umfang wie bei der Vollmacht, jedoch mit gerichtlicher Kontrolle), falls der Betroffene seine Angelegenheiten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst erledigen kann.

Mit der **Patientenverfügung** formulieren Sie vorsorglich Ihren Willen für kritische Krankheitssituationen, in denen Sie nicht mehr in der Lage sind, in eine ärztliche Behandlung einzuwilligen oder eine ärztliche Maßnahme abzulehnen. Kann sich ein Patient nicht mehr äußern, ist dessen mutmaßlicher Wille ausschlaggebend.

## Notvertretungsrecht der Ehegatten

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts wurde das Bürgerliche Gesetzbuch überdies ergänzt um ein beschränktes Recht der Ehegatten auf eine gegenseitige Vertretung in Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge. Das in § 1358 BGB geregelte Vertretungsrecht greift, wenn ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge nicht mehr besorgen kann. Es bezieht sich insbesondere auf die Einwilligung in ärztliche Eingriffe und den Abschluss von Behandlungsverträgen. Das Notvertretungsrecht ist zeitlich begrenzt auf maximal sechs Monate. Das Ehegattennotvertretungsrecht ist nachrangig zu einer bestehenden Betreuung oder Vorsorgevollmacht.

### Hinweise zur Vollmacht:

**Nähere Informationen, sowie eine individuelle Beratung zur Vollmacht und Betreuungsverfügung erhalten Sie bei der Betreuungsbehörde Landratsamt Pfaffenhofen a.d.Ilm  
Hauptplatz 22 | 85276 Pfaffenhofen a.d.Ilm**

**Telefon: 0 84 41 / 27-2222**

**Telefon: 0 84 41 / 27-264**

**Telefon: 0 84 41 / 27-231**

**Telefon: 0 84 41 / 27-348**

**Telefon: 0 84 41 / 27-347**

**sowie bei Notaren.**

### Beglaubigung und Beurkundung: (Siehe auch S. 21)

Für die Aufnahme von Darlehen ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich. Für Immobiliengeschäfte muss die Unterschrift unter der Vollmacht durch den Notar oder der Urkundsperson der Betreuungsbehörde beglaubigt sein.

### Registrierung:

**Es besteht die Möglichkeit, die Vollmacht im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer zu registrieren. Unter [www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de) melden Sie Ihre Verfügung schnell und einfach online. Wenn Sie über keinen Internetzugang verfügen, kann ein Anmeldeformular hier angefordert werden:**

**Bundesnotarkammer, Zentrales Vorsorgeregister,  
Postfach 08 01 51, 10001 Berlin**

### Innenverhältnis und Aussenverhältnis:

Man unterscheidet bei der Vollmacht ein Aussenverhältnis (siehe Vordruck ab Seite 17) und ein Innenverhältnis. Die Vollmacht gilt im Aussenverhältnis (gegenüber Dritten) uneingeschränkt und ist ab sofort wirksam. Im Aussenverhältnis interessiert für die Wirksamkeit der Erklärungen des Bevollmächtigten nur der Inhalt der Vollmacht, nicht aber z. B. Absprachen zwischen dem Vollmachtgeber und dem Bevollmächtigten für den Gebrauch der Vollmacht. Solche Absprachen betreffen vielmehr das Innenverhältnis zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigten.

#### Beispiel:

Eine Vollmacht kann zum Abschluss eines Vertrages nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (ehemals: Heimvertrag) ermächtigen. Etwaige Wünsche, welche Einrichtung vorrangig in Betracht kommt oder umgekehrt keinesfalls ausgewählt werden sollte, gehören nicht in diese Erklärung mit Außenwirkung (siehe Vordruck Vollmacht ab Seite 17). Dies kann vorweg mit der bevollmächtigten Person als „Auftrag“ vereinbart oder auch in einer schriftlichen Handlungsanweisung, etwa mit einem Brief, im sog. Innenverhältnis, niedergelegt werden.

Dasselbe gilt z.B. für die Aufforderung, bestimmte Angehörige an Geburtstagen, Weihnachten usw. zu beschenken oder die bisherigen Spendengewohnheiten fortzuführen.

Welchen Inhalt der Auftrag im Innenverhältnis im Einzelnen haben kann, hängt wesentlich von Ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen ab.

### Hinweise zur Patientenverfügung:

Eine ausführliche Beratung durch einen Arzt oder einen Hospizverein wird empfohlen.

### Bankvollmacht: (Siehe auch S. 21)

Von Banken wird eine Vollmacht oftmals nur dann anerkannt, wenn die Unterschrift des Vollmachtgebers bankintern oder notariell beglaubigt ist. Über Bankvollmachten erteilen auch Banken und Sparkassen Auskünfte.

## VOLLMACHT

Ich, ..... (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....

Adresse

.....

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....

Adresse

.....

Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach der Errichtung geschäftsunfähig werde.

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

### Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden,  Ja  Nein  
 ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.  
 Sie ist befugt meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
  
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des  Ja  Nein  
 Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen,  
 auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder  
 einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§1829 Abs. 1 BGB).\*

---

\* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt **kein** Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlung oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.\*  Ja  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. Die bevollmächtigte Person darf ihrerseits mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden.  Ja  Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.\*\*  Ja  Nein
- .....  Ja  Nein

### Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  Ja  Nein
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.  Ja  Nein
- Sie darf meinen Haushalt auflösen.  Ja  Nein
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen.  Ja  Nein
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.  Ja  Nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.  Ja  Nein
- .....  Ja  Nein

\* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt **kein** Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

\*\* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes einzuholen (§1831 Abs. 2 und 5 BGB und §1832 Abs. 2,4 und 5 BGB).

**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

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.  Ja  Nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.  Ja  Nein
- Verbindlichkeiten eingehen\*  Ja  Nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.\*\*  Ja  Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen).  Ja  Nein
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

.....  
\* Zur Aufnahme von Darlehen ist der Bevollmächtigte nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde.

\*\* Hinweis:

Auf das Erfordernis einer Bankvollmacht oder einer beurkundeten Vorsorgevollmacht wird hingewiesen!

**Post- und Telekommunikation**

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmittel entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.  Ja  Nein

**Digitale Medien**

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.  Ja  Nein

**Behörden**

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.  Ja  Nein

**Vertretung vor Gericht**

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.  Ja  Nein

**Untervollmacht**

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.  Ja  Nein

**Geltung über den Tod hinaus**

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.  Ja  Nein

**Regelung der Bestattung**

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.  Ja  Nein

**Betreuungsverfügung**

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.  Ja  Nein

Weitere Regelungen

.....  
.....

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

## Hinweis zur Konto-/Depotvollmacht

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotenen Konto/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Ihre Bank/Sparkasse ist gesetzlich verpflichtet, den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. Zur Erteilung der Konto/Depotvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf.

**Für die Aufnahme von Darlehen ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich. Für Immobiliengeschäfte muss die Unterschrift der Vollmacht durch den Notar oder die Urkundspersonen der Betreuungsbehörde beglaubigt sein.**



## BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, .....

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

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

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße .....

Wohnort .....

Oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße .....

Wohnort .....

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

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße .....

Wohnort .....

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

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.  Ja  Nein

2. ....

3. ....

Ort, Datum

Unterschrift



# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, .....  
Name, Vorname

geboren am .....

wohnhaft in .....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,

bestimme ich Folgendes:

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. eingefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.   
Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- .....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitssituationen sollen entsprechend beurteilt werden.

## 2. In der unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitssymptomen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.



**3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situation lehne ich Folgendes ab:**

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebungsmaßnahmen.

**4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine künstliche Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren.

**5. Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z.B. Demenz):**

Unabhängig vom Stadium der Erkrankung, unabhängig von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen zu können und unabhängig von meiner geistigen Beeinträchtigung verlange ich

- Im Falle eines Herz- Kreislaufstillstandes, nicht reanimiert zu werden (Überlegen Sie, ob Sie ggf. frühzeitig eine Deaktivierung eines bei Ihnen implantierten Defibrillators herbeiführen wollen).
- Bei einer hinzutretenden, potentiell tödlich verlaufenden Krankheit, nicht lebensverlängernd behandelt zu werden. Es soll dann nur noch eine palliative Behandlung stattfinden, die Schmerzen und quälende Symptome lindert, damit ich sterben kann.

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.**

- Ich wünsche eine Begleitung durch .....  
 .....  
 für persönliche Wünsche und Anmerkungen
- durch Seelsorge .....
- durch Hospizdienst .....
- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine/mehrere Vollmachten erteilt und  Ja  Nein den Inhalt der Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.

**Hinweis auf erteilte Vollmacht(en):**

..... Name des / der Bevollmächtigten	
..... Adresse	
..... Telefon	..... Telefax / E-Mail

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.  Ja  Nein

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.  Ja  Nein

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe, geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

oder

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

**(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)**

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

**Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

• **Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.**

oder

• Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe: \_\_\_\_\_) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

**Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.**

Ort	Datum	Unterschrift

## Ärztin / Arzt meines Vertrauens

Name .....

Anschrift .....

Telefon ..... Telefax / E-Mail .....

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von

.....  
Name, Anschrift, Telefon des Beratenden.....  
Ort, Datum, Unterschrift der/des Beratenden

**Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.**

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

Folgende Person(en) soll(en) **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

**Hinweis zur Ergänzung im Fall schwerer Erkrankung:**

Liegt bereits eine schwere Erkrankung vor, bedarf es einer hieran angepassten Patientenverfügung. Diese kann nur in engem Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt erstellt werden.

## Nachlassangelegenheiten

Mein Testament ist beim Amtsgericht hinterlegt / aufbewahrt bei:

Name .....

Anschrift .....

.....

Telefon .....

## Erbvertrag

Mein Erbvertrag ist hinterlegt bei:

.....

Name .....

Anschrift .....

.....

Telefon .....

## Stammbuch

Unterlagen befinden sich bei:

Name .....

Anschrift .....

.....

Telefon .....



# Organspendeausweis

zum Ausschneiden:



Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

---

Name, Vorname
Geburtsdatum

---

Straße
PLZ, Wohnort

**BZgA**  
Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

**Organspende**  
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

---

Name, Vorname
Geburtsdatum

---

Straße
PLZ, Wohnort

**BZgA**  
Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

**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 .....

---

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 .....

Zur Aufbewahrung in der Geldbörse / bei den Ausweispapieren usw. bitte ausschneiden



<p>Ich habe eine(n)</p> <p>Mein Name: .....</p> <p>Anschrift: .....</p> <p><b>Meine Vertrauensperson ist:</b></p> <p>Name: .....</p> <p>Anschrift: .....</p> <p>Telefonnummer: .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p> <p><input type="checkbox"/> Vollmacht</p> <p><input type="checkbox"/> Organspendeausweis</p>
<p>Ich habe eine(n)</p> <p>Mein Name: .....</p> <p>Anschrift: .....</p> <p><b>Meine Vertrauensperson ist:</b></p> <p>Name: .....</p> <p>Anschrift: .....</p> <p>Telefonnummer: .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p> <p><input type="checkbox"/> Vollmacht</p> <p><input type="checkbox"/> Organspendeausweis</p>



# Hinweis zu weiteren Hilfsangeboten, Beratungsstellen und Kontaktadressen:

Im **Seniorenwegweiser** des Landkreises „Rat und Hilfe für Senioren“ finden Sie Auskünfte, Informationen und Beratung über gesetzliche Ansprüche und vorhandene Hilfsangebote im Alter.

Der **Seniorenwegweiser** und die **Notfallmappe** sind kostenlos in den jeweiligen Stadt- und Gemeindeverwaltungen, im Landratsamt und in der Außenstelle Nord in Vohburg, sowie als PDF-Datei zum Herunterladen auf der Internetseite des Landkreises unter [www.landkreis-pfaffenhofen.de](http://www.landkreis-pfaffenhofen.de) unter der Rubrik Landratsamt/Veröffentlichungen/Informationsmaterial/Broschüren, Faltblätter, Bücher/Soziales, erhältlich.



## Ihre Kontaktmöglichkeiten

Betreuungsbehörde Landratsamt Pfaffenhofen a.d.Ilm

Hauptplatz 22 | 85276 Pfaffenhofen a.d.Ilm

Telefon: 08441 27-2222

Telefon: 08441 27-264

Telefon: 08441 27-231

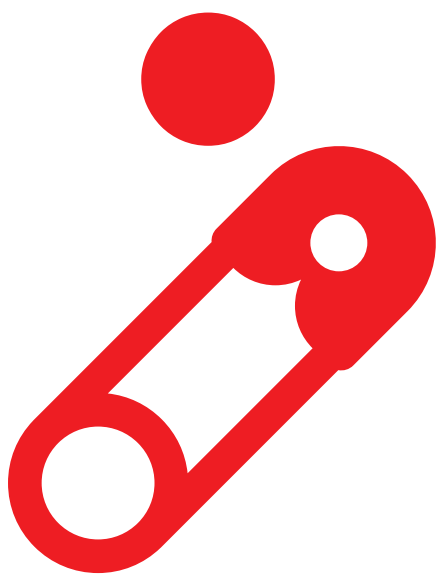
Telefon: 08441 27-348

Telefon: 08441 27-347

Betreuungsbehoerde@landratsamt-paf.de



# Absichern ist einfach.



[sparkasse-pfaffenhofen.de](http://sparkasse-pfaffenhofen.de)

## Aus Rücksicht auf alle, die Ihnen lieb und teuer sind.

Als Hauptverdiener der Familie verlassen sich andere auf Sie. Fallen Sie als wichtiger Versorger aus, hinterlassen Sie Ihren Angehörigen zahlreiche finanzielle Verpflichtungen. Belastungen, die nun Ihre Angehörigen schultern müssen - mit einer geringen Witwen- oder Waisenrente beziehungsweise sogar ohne staatliche Unterstützung.

Zeit- und kostenintensiv sind auch die Folgen des Todes der Hausfrau oder des Hausmannes. In diesem Fall muss die Versorgung der Familie sowie die Betreuung der Kinder sichergestellt werden. Schnell kann ein Todesfall die betroffene Familie in die Armut stürzen.

Fragen Sie Ihren Berater unter 08441 755-0 nach der **S-Pfaffenhofen RisikoVorsorge**. Der ideale Schutz für Menschen, die Ihnen wichtig sind.

 **Sparkasse  
Pfaffenhofen**