

VOR SORGE Mappe

**Hilfe für den Notfall -
Entscheidungen treffen,
bevor es zu spät ist**

Der Arbeitskreis Senioren und behinderte Menschen empfiehlt diese Mappe allen Personen ab Volljährigkeit. Sie kann im Internet unter www.ruppichteroth.de kostenlos heruntergeladen werden.

Impressum

Herausgeber: Gemeinde Ruppichteroth
in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis
Senioren und behinderte Menschen

Vorlage: Gesundheitsmappe des Landratsamtes
Bodenseekreis mit freundlicher Genehmigung
modifiziert durch Petra Krafczyk



„Wer vorsorglich denkt, handelt vorbildlich“

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

mit Vorsorge ist gemeint, einer möglichen späteren Entwicklung oder Lage vorzubeugen. Hierdurch soll eine eventuelle künftige Notlage oder eine Krankheit vermieden werden. Der Arbeitskreis für Senioren und behinderte Menschen der Gemeinde Ruppichteroth strebt daher in diesem wichtigen Bereich des Alltags nach neuen Konzepten und Ideen. Die Unterstützung der Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde soll über die Vorsorgemappe sichergestellt werden. Die Vorsorgemappe verfolgt das Ziel, Ihnen und Ihren Bevollmächtigten sowie Vertrauenspersonen in jeder Lebenslage wichtige Informationen kurzfristig zur Verfügung zu stellen. Besonders relevant wird dies, wenn wir unsere Bedürfnisse und Entscheidungen nicht mehr selbst vertreten oder mitteilen können.

Generell ist die Vorsorgemappe für den schnellen Zugriff auf Informationen in allen Lebenslagen geeignet. Aus diesem Bewusstsein heraus möchten wir keine Altersangaben vorgeben. Sie ist daher für alle Generationen von Bedeutung.

Nehmen Sie sich die Zeit zum Ausfüllen der Formulare. Informieren Sie Ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen über Ihre persönliche Vorsorgemappe. Richtig vorgesorgt haben Sie dabei, wenn Sie ebenfalls eine Vorsorgevollmacht oder zumindest eine Betreuungs- und Patientenverfügung ausfüllen.

Die Vordrucke zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vollmachten für Rechtsgeschäfte aller Art können Sie im Rathaus in Schönenberg beim Sozialamt in Form der Mappe „Rechtzeitig Vorsorge treffen“, die von der Betreuungsstelle des Rhein-Sieg-Kreises herausgegeben wurde, erhalten.

Die Vorsorgemappe des Arbeitskreises Senioren und behinderte Menschen ist über die Internetseite der Gemeinde www.ruppichteroth.de unter der Rubrik „Leben in der Gemeinde, Unterpunkt: Senioren sowie Menschen mit Behinderung“ als PDF kostenfrei erhältlich. Gerne stellt Ihnen die Gemeindeverwaltung auf Anfrage die Mappe in Papierform zur Verfügung.

Weitere Informationen zu den unterschiedlichen Vorsorgevollmachten erhalten Sie über die Internetseite www.rhein-sieg-kreis.de unter der Rubrik „Bürgerinformationssystem“.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Bürgermeister

A handwritten signature in black ink that reads 'Mario Loskill'.

Mario Loskill

Die Mitglieder des Arbeitskreises
Senioren und behinderte Menschen

Inhaltsübersicht

A

Ärzte (Hausarzt/Fachärzte).....	10
Ärztliche Behandlungen – ambulant/stationär.....	12
Allergien.....	11
Altersversorgung.....	13
Anlagen/Ergänzungen.....	22
Apotheke.....	10
Auslandskrankenversicherung).....	14

B

Bankvollmacht.....	17
Bausparverträge.....	13
Behinderungsstufe.....	12
Benachrichtigung im Notfall.....	9
Benachrichtigung im Todesfall.....	20
Bestattungsvorgaben und -wünsche.....	19
Betreuungsdienste.....	8
Betreuungsverfügung.....	17, 24
Betriebsrente.....	13

E

Erbvertrag.....	18
-----------------	----

I

Impfungen.....	10
----------------	----

K

Krankenhäuser.....	10
Krankenkasse – gesetzlich oder privat.....	15

M

Medikamentennachweis.....	11
---------------------------	----

N

Nachlassregelungen.....	18
Notfalldaten.....	6

P

Patientenverfügung.....	17, 24
Persönliche Daten.....	8
Pflegegrade.....	12
Postvollmacht.....	17
Private Renten.....	13

R

Rente und Beamtenversorgung.....	13
Rettungsdienste.....	2
Postvollmacht.....	17
Private Renten.....	13

S

Schlüsselverwahrung.....	8
--------------------------	---

T

Testament-Aufbewahrung.....	18
Todesfall.....	21

V

Versicherungen.....	14 - 16
Vorsorgeregelnungen.....	17
Vorsorgevollmacht.....	17

W

Wichtige Rufnummern.....	7
Wohnungseigentümer.....	8

Notfalldaten

Dieses Blatt wurde durch das HELIOS Klinikum Siegburg, St. Franziskus-Krankenhaus Eitorf und Klinikum Oberberg überprüft. Die Daten werden bei einem stationären Klinikaufenthalt benötigt und sind möglichst auf dem neuesten Stand zu halten. Eine ausgefüllte Kopie kann auch im Urlaub sehr nützlich sein!

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Geschlecht: männl. weibl. Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Behinderung: _____

Herzschrittmacher: ja nein Blutverdünnungsmittel: ja nein

Medikamente: _____

Impfungen (Tetanus): _____

Allergien: _____ Diät: _____

Pflegegrade: _____ Pflegedienst: _____

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

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

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

An wen darf Auskunft erteilt werden? _____

Nächster Angehöriger/Vertrauensperson

Name: _____ Vorname: _____

Telefon-Nr.: _____ Bezug zum Patienten: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtige Rufnummern

- Polizei-----Notruf 110
- Zuständige Polizeiwache Eitorf -----02241 75413421
- Feuerwehr -----Notruf 112
- Rettungsdienst / Krankentransport----- 19222
- Rettungsleitstelle ----- 19222
- Auskunft über:
 - ärztlichen Bereitschaftsdienst ----- 116117 oder 19222
 - zahnärztlichen Bereitschaftsdienst-----0180-5986700
 - Apothekennotdienst----- 19222 oder www.aponet.de
- Hausarzt

(Name)
- Zahnarzt

(Name)
- Örtliche Apotheke _____
- Pflegedienst _____
- Pfarramt _____
- Bestattungsinstitut _____
- Stadt-/Gemeindeverwaltung 02295/49-0_____
- Wichtige/r Angehörige/r

(Name)
- Vertraute/r Nachbar/in

(Name)
- Bevollmächtigte/r
_____ (Name)

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____
 Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
 Staatsangehörigkeit: _____ Pass-/Ausweis-Nr.: _____
 Familienstand: _____ Konfession: _____
 Blutgruppe: _____
 Straße/Hausnummer: _____
 PLZ Wohnort: _____
 Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____
 Mail: _____

Betreuungsdienste/Hilfsdienste

Schlüsselverwahrung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hausschlüssel Wohnungsschlüssel _____
 Name: _____ Vorname: _____
 Straße/Hausnummer: _____
 PLZ Wohnort: _____
 Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____
 Mail: _____

Wohnungseigentümer

- Ich wohne in meiner eigenen Wohnung/meinem eigenen Haus
 Ich wohne in einer Mietwohnung. Kontaktdaten des Vermieters:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße/Hausnummer: _____
 PLZ Wohnort: _____
 Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____
 Mail: _____



Angehörige, die im Notfall zu benachrichtigen sind

Ehe-/Lebenspartner

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Mail: _____

Ärzte

Hausarzt

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Weitere Ärzte/Fachärzte

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Krankenhaus (Wunsch)

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Apotheke

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____

Adresse: _____

Ich bin von der Rezeptzahlung befreit: nein ja privat

Impfungen

Impfbuch vorhanden: nein ja

Durchgeführte Impfungen laut angefügtem Nachweis:

Organspende

Organspende: nein ja

Organspende Ausweis vorhanden: nein ja

Allergien

Allergiepass vorhanden: nein ja

Bekannte Allergien:

Besondere Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe aus Medikamenten:

Chronische Krankheiten:

Medikamentennachweis

Name des Medikaments und Dosierung	Einnahmezeit			
	morgens	mittags	abends	nachts

Wichtige ärztliche Behandlungen – ambulant

Datum		Behandelnder Arzt	Grund der Behandlung (Diagnose)
von	bis		

Klinische Behandlungen - stationär

Datum		Name/Anschrift des Krankenhauses	Grund der Behandlung (Diagnose)
von	bis		

Behinderungsstufe

Grad der Behinderung: _____ %

Merkzeichen: _____

Wertmarke: nein ja

Pflegegrad

eins zwei drei vier fünf

Altersversorgung

Deutsche Rentenversicherung – Bund

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nummer/Kennzeichen: _____

Beamtenversorgung – Bund/Land

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Vers.-Nr./Pers.-Nr./Beihilfe-Nr.: _____

Private Renten- oder Betriebsrentenansprüche (z.B. Riester u.a.)

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Bausparverträge

Bausparkasse: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Vertrags-Nr.: _____

Bausparkasse: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Vertrags-Nr.: _____

siehe auch eigene Unterlagen/Ordner _____

Versicherungen

Auslandskrankenversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Feuer-/Gebäudeversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Glasversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Hausratversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

KFZ-Versicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____ KFZ-Kennzeichen: _____

Vollkasko Teilkasko Höhe Selbstbeteiligung: _____ €

KFZ-Versicherung (Zweitfahrzeug)

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____ KFZ-Kennzeichen: _____

Vollkasko Teilkasko Höhe Selbstbeteiligung: _____ €

Krankenkasse

gesetzlich privat

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Karten- und Versicherungs-Nr.: _____

Ich bin von Zuzahlungen befreit: nein ja

Lebensversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Pflegeversicherung

gesetzlich privat

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____



Private (Zusatz-)Krankenversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Sterbegeldversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Unfallversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Sonstige Versicherungen



Vorsorgeregelungen

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht wurde erteilt: nein ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Die Vorsorgevollmacht ist im Anhang beigefügt.

Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung wurde erteilt: nein ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Die Betreuungsverfügung ist im Anhang beigefügt.

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung ausgefüllt: nein ja

Die Patientenverfügung ist im Anhang beigefügt.

Postvollmacht

Eine Postvollmacht wurde erteilt: nein ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Die Postvollmacht ist im Anhang beigefügt.

Bankvollmacht

Eine Bankvollmacht wurde erteilt: nein ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Die Bankvollmacht ist im Anhang beigefügt.

Nachlassregelungen

Handschriftliches Testament

Ich habe meinen letzten Willen handschriftlich abgefasst nein ja

Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Hinterlegungsort: _____

Notarielles Testament

Ich habe meinen letzten Willen notariell beurkunden lassen nein ja

Name und Adresse des Notars: _____

Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Hinterlegungsort: _____

Erbvertrag

Ich habe einen Erbvertrag abgeschlossen: nein ja

Kenntnis vom Bestehen des Erbvertrags hat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Hinterlegungsort: _____

Vermächtnis/Zuordnung bestimmter Erbstücke (Lt. Testament)

Ich habe in meinem Testament ein Vermächtnis angeordnet: nein ja



Bestattungsvorgaben und –wünsche

Bestattungsvertrag

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen:

nein

ja

Art der Bestattung

Erdbestattung

anonyme Bestattung

Seebestattung

Bestattung im Friedwald

Feuerbestattung

Bestattungsort/Friedhof

Eine Grabstätte ist bereits vorhanden, Grabnummer: _____

Ich möchte beigesetzt werden, Name/Grabnummer: _____

Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof: _____

Ich wünsche eine normal übliche Bestattung ohne Ausnahmen

Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunde

Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen

Bestattungsinstitut

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____

Mail: _____

Benachrichtigungen

Im Todesfall zu benachrichtigende Angehörige/Verwandte/Freunde

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Das ist nach meinem Todesfall zu erledigen

	Telefon	Datum	erledigt
1. Totenschein vom (Unfall-)Arzt oder Krankenhaus	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. Bestattungsunternehmen beauftragen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. Beerdigungstermin festlegen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. Kirchengemeinde verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach beantragen)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6. Traueranzeigen in Zeitungen in Auftrag geben	_____	_____	<input type="checkbox"/>
7. Trauerkarten bestellen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
8. Krankenkasse/Rentenversicherungsträger informieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>
9. Arbeitgeber verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
10. Landesamt für Besoldung verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
11. Rentenversicherungsträger verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
12. Versorgungsamt verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
13. Vereine benachrichtigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
14. Sonderurlaub beim eigenen Arbeitgeber beantragen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
15. Testament an Notar oder Nachlassgericht übergeben	_____	_____	<input type="checkbox"/>
16. Finanzamt verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
17. Lebens-/Sterbegeldversicherung verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
18. Gewerkschaft verständigen (evtl. Sterbegeldversicherung)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
19. Versicherungen verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
20. Zusatzversicherungen verständigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
21. Eventuell finanzielle Angelegenheiten abklären	_____	_____	<input type="checkbox"/>
22. Mitgliedschaften kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
23. Radio, TV und Telefon abmelden bzw. umschreiben	_____	_____	<input type="checkbox"/>
24. Mietwohnung, Garage u.a. kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
25. Eventuell Nachmieter suchen (Zeitungsanzeige)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
26. Wohnungsauflösung vorbereiten (evtl. durch Entrümpler)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
27. Energieverbrauchswerte (Strom/Gas/Wasser) ablesen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
28. Abfallentsorgung kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
29. Abonnements (Zeitung/Zeitschriften) kündigen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
30. Kraftfahrzeug abmelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
31. Hilfsdienste/Betreuungsdienste abmelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
32. „Essen auf Rädern“ abmelden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
33. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
34. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

*Bestattungsunternehmen erledigen gegen Bezahlung viele dieser Dinge nach Ihren Weisungen!
Denken Sie auch an Trauerkleidung, Trauerfeier und Unterbringung auswärtiger Trauergäste.*

Anlagen

Zur Ergänzung der Vorsorgemappe können Sie weitere wichtige Schriftstücke und Anlagen einbringen, wie z. B.

- Bankinstitut

- Grundbesitz

- Verbindlichkeiten

- Vermögensaufstellung

- Vorsorgevollmacht mit Regelung der Versorgungsangelegenheiten
(z. B. Rente, Pension, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht u.a.)

- Wichtige Daten des (Ehe-)Partners, der (Ehe-)Partnerin

- Anlassbezogene Verfügungen oder Vollmachten
z.B. Gesundheitsvollmach im Einzelfall u.a.)

- Notarielle Vollmachten

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