



Diese Mappe empfiehlt der Kreissenienorenrat
allen Personen über 18 Jahren

Diese Mappe kann kostenlos aus dem Internet heruntergeladen werden:
www.kreissenienorenrat-bsk.de

Vorträge zur Vorsorge bieten an

- das Landratsamt Bodenseekreis (07 541-204 5287)
- der Betreuungsverein SKM (07 553-91 201)
- der Kreissenienorenrat Bodenseekreis (07 541-204 5118)

Impressum

Herausgeber: Landratsamt Bodenseekreis in Zusammenarbeit mit dem
Kreissenienorenrat Bodenseekreis
Tel.: 07541 204-5118
E-Mail: edeltraud.effelsberg@bodenseekreis.de

Entwurf: Wolfgang Seiffert, KSR

Bearbeitung: Klausurgruppe:
Rosmarie Baur, Gerlinde Krauthause,
Karin Sobiech-Wischnowski, Reinhold Terwart

AK Öffentlichkeitsarbeit:
Eleonore Zecho, Harald Leber,
Hans-Peter Sedlatschek, Karl-Heinz Wahl

Landratsamt Bodenseekreis
Edeltraud Effelsberg, Constanze Maag, Eduard Miller

Überarbeitung: Richard Deisenberger, Edeltraud Effelsberg, Irene Haupts,
2013 Harald Leber, Eduard Miller, Wolfgang Seiffert,
Karl-Heinz Vogt

Ausgabe 2013

Vorwort



Liebe Bürgerinnen und Bürger!

Wer klug handelt, sorgt vor!



Und Sie sollten sicher sein, dass in jeder Lebenslage in Ihrem Sinne gehandelt wird. Dazu bedarf es klarer Handlungsanweisungen und aller nötigen Informationen, die von Bedeutung sein können.

Dabei will Ihnen diese Vorsorge-Mappe helfen. Sie wurde vom Kreissenorenrat entworfen und gestaltet und wird vom Landratsamt Bodenseekreis herausgegeben. Nehmen Sie sich die Zeit, diese Mappe auszufüllen. Sie können viele persönliche Daten eintragen, wichtige medizinische Angaben machen und festlegen, was in einem Notfall geschehen soll. Die Angaben sind in einem Schnellhefter zusammengefasst, damit Sie die Möglichkeit haben, weitere Blätter, Formulare und Urkunden, die Ihnen wichtig erscheinen, einzufügen.

Richtig vorgesorgt haben Sie, wenn Sie auch eine Vorsorgevollmacht oder wenigstens eine Betreuungsverfügung und dazu noch eine Patientenverfügung ausgefüllt haben. Lassen Sie Ihre Angehörigen wissen, wo Sie diese Formulare und die Vorsorge-Mappe aufbewahren, damit diese in einem Notfall, bei Unfall oder Krankheit Zugriff darauf haben. Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich im Landratsamt oder beim Kreissenorenrat beraten lassen.

Sprechen Sie über diese Vorsorge-Mappe mit Ihren Angehörigen, mit Freunden, Nachbarn und Bekannten. Machen Sie vor allem auch jüngere Menschen auf diese Vorsorgemöglichkeit aufmerksam. Die Mappe ist kostenlos im Landratsamt, in den Bürgermeisterämtern der Städte und Gemeinden des Bodenseekreises sowie in den Bürgerbüros erhältlich. Sie kann auch aus dem Internet unter www.bodenseekreis.de und www.kreissenorenrat-bsk.de heruntergeladen werden.

Wir hoffen, dass Ihnen die ausgefüllte Vorsorge-Mappe das gute Gefühl gibt, wichtige Dinge für den Notfall übersichtlich geregelt zu haben.

Mit herzlichem Gruß



Lothar Wölfle
Landrat



Harald Leber
Vorsitzender KSR

Inhaltsübersicht

	Seite
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
Bestattung	19
Betreuungsdienste	8
Betreuungsverfügung	24
Betriebsrente	13
E	
Erbvertrag.....	18
I	
Impfungen.....	10
K	
Krankenhäuser	10
Krankenkasse - gesetzlich oder privat.....	15
M	
Medikamentennachweis	11
Merkblatt Vorsorgeformulare	23 + 24
N	
Nachlassregelungen	18
Notfalldaten.....	6
O	
Organspende-Ausweis	25
P	



Patientenverfügung	24
Persönliche Daten	8
Pflegestufe.....	12
Postvollmacht	17
Private Renten.....	13
R	
Rente & Beamtenversorgung	13
Rettungsdienste.....	7
S	
Schlüsselverwahrung	8
T	
Testament-Aufbewahrung	18
V	
Versicherungen	14-16
Vorsorge	17
Vorsorgehinweis.....	6b
Vorsorgevollmacht.....	23
W	
Was ist nach dem Todesfall zu erledigen	21
Wichtige Rufnummern	7
Wohnungseigentümer	8



Notfalldaten



Diese Daten werden bei stationärem Klinikaufenthalt benötigt und sind möglichst auf neuestem Stand zu halten



Bitte kopieren und mit der Versicherungskarte zur Anmeldung mitbringen

Name, Vorname Geburtsname

Straße, Haus-Nr. Geburtsdatum

PLZ., Wohnort Geschlecht: männl. weibl.

Telefon Nr. Mobiltelefon Nr.

Staatsangehörigkeit Familienstand Religion.....

Arbeitgeber Adresse

Krankenkasse/Versicherung

Hausarzt Adresse

Nächster Angehöriger, Vertrauensperson:

Name und Bezug zum Patient

Darf Auskunft über Zimmer-und Telefonnummer gegeben werden: ja nein

An wen darf Auskunft erteilt werden:

Behinderungen : Herzschrittmacher: ja nein

Medikamente : Blutverdünnungsmittel: ja nein

Impfungen (Tetanus) :

Allergien :Pflegestufe:

Diät : Pflegedienst :

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

Patientenverfügung : ja , nein Vorsorge-Vollmacht : ja nein

Ort : Datum: Unterschrift:

Eine ausgefüllte Kopie kann auch im Urlaub sehr nützlich sein!

(Das Blatt wurde in Absprache mit dem Klinikum Friedrichshafen erstellt.)

Diese Seite bitte kopieren



Wichtige Rufnummern

- Polizei ▶ Notruf 110
- örtliche Polizei ▶ _____
- Feuerwehr ▶ Notruf 112
- Rettungsdienst ▶ Notruf 112
- örtlicher Rettungsdienst ▶ 19222
- Krankentransport ▶ 19222
- Behördennummer Bodenseekreis ▶ 115
- Auskunft über:
 - ärztlichen Bereitschaftsdienst ▶ 116 117 oder 19222
 - zahnärztlichen Bereitschaftsdienst ▶ 0180 5911620
 - Apothekennotdienst ▶ 19222 oder www.aponet.de

- Hausarzt _____ ▶ _____
- Zahnarzt _____ ▶ _____
- örtliche Apotheke ▶ _____
- Pflegedienst ▶ _____
- Pfarramt ▶ _____
- Bestattungsinstitut ▶ _____
- Stadt-/Gemeindeverwaltung ▶ _____
- 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.: _____

E-Mail: _____

Betreuungsdienste / Hilfsdienste:

Schlüsselverwahrung:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hausschlüssel Wohnungsschlüssel _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

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

E-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.: _____

E-Mail: _____



Angehörige, die im Notfall zu benachrichtigen sind:

Ehe-/Lebenspartner

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

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

E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

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

E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

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

E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

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

E-Mail: _____

➤ siehe auch **Vorsorgehinweis** (Seite 25)



Ärzte:

Hausarzt

Name: _____ Telefon/Fax-Nr.: _____
Adresse: _____

Weitere Ärzte/Fachärzte

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 Rezeptzuzahlung befreit: nein ja privat

Impfungen:

Impfbuch vorhanden: nein ja

Durchgeführte Impfungen laut angefügtem Nachweis:



Organspende:

Organspendeausweis vorhanden: nein ja

Allergien:

Allergiepass vorhanden: nein ja

Bekannte Allergien:

Besondere Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe aus Medikamenten:

Chronische Krankheiten:

(Blutgerinnungshemmende Mittel, z. B. Marcumar und ähnliches bitte besonders kennzeichnen!)

Medikamentennachweis:

Name des Medikaments	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 Klinikaufnahme (Diagnose)
von	bis		

Behinderungsstufe:

Grad der Behinderung: _____ %

Merkzeichen: _____ Wertmarke: nein ja

Pflegestufe:

eins zwei drei

Demenz



Altersversorgung: (siehe auch eigene Unterlagen / Ordner)

Deutsche Rentenversicherung - Bund

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nummer/Kennzeichen: _____

Beamtenversorgung - Bund/Land

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

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

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

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Bausparverträge

Bausparkasse: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Vertrags-Nr.: _____

Bausparkasse: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Vertrags-Nr.: _____



Versicherungen:

Auslandskrankenversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Feuer-/Gebäudeversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Glasversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Hausratversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

KFZ-Versicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____ KFZ-Kennzeichen: _____

Vollkasko Teilkasko Höhe Selbstbeteiligung: _____ Euro



KFZ-Versicherung (Zweitfahrzeug)

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____ KFZ-Kennzeichen: _____

Vollkasko Teilkasko Höhe Selbstbeteiligung: _____ Euro

Krankenkasse

gesetzlich privat

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Karten- und Versicherungs-Nr.: _____

Ich bin von Zuzahlungen befreit: nein ja

Lebensversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Pflegeversicherung

gesetzlich privat

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____



Private (Zusatz-)Krankenversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Privathaftpflichtversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Sterbegeldversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Unfallversicherung

Versicherungsträger: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Sonstige Versicherungen



Vorsorge:

Vorsorgevollmacht (siehe Seite....

Eine Vorsorgevollmacht wurde erteilt: nein ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Die Vorsorgevollmacht ist im Anhang beigefügt

Betreuungsverfügung (siehe Seite.....

Eine Betreuungsverfügung wurde erteilt: nein ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Die Betreuungsverfügung ist im Anhang beigefügt.

Patientenverfügung (siehe Seite

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.: _____ E-Mail: _____

Die Postvollmacht ist im Anhang beigefügt.

Bankvollmacht

Eine Bankvollmacht wurde erteilt: nein ja, an

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Die Bankvollmacht ist im Anhang beigefügt.



Nachlassregelungen:

Handschriftliches Testament („Berliner Testament“)

Ich habe meinen letzten Willen handschriftlich abgefasst: nein ja

Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Hinterlegungsort: _____

Notarielles Testament („Berliner 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.: _____ E-Mail: _____

Hinterlegungsort: _____

Erbvertrag

Ich habe einen Erbvertrag abgeschlossen: nein ja

Kenntnis vom Bestehen des Erbvertrags hat:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erdbestattung | <input type="checkbox"/> anonyme Bestattung |
| <input type="checkbox"/> Seebestattung | <input type="checkbox"/> Bestattung in einem Friedwald |
| <input type="checkbox"/> Feuerbestattung | <input type="checkbox"/> _____ |

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 Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunde
- Ich wünsche stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen

Bestattungsinstitut

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax-Nr.: _____ E-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.: _____

- Sie können hier auch eine eigene Liste einfügen!

Was ist nach einem 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 (bei Beamten)	_____	_____	<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 lassen	_____	_____	<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"/>

Bestattungsunternehmen erledigen gegen Bezahlung viele dieser Dinge nach Ihren Weisungen!

Denken Sie auch an Trauerkleidung, Trauerfeier und die Unterbringung auswärtiger Trauergäste.



Anlagen

Zur Ergänzung der Vorsorgemappe können Sie weitere wichtige Schriftstücke und Angaben 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 vom (Ehe-)Partner
- Anlassbezogene Verfügungen oder Vollmachten
(z. B. Gesundheitsvollmacht im Einzelfall u. a.)
- Notarielle Vollmachten
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Formulare:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung (Muster)

Merkblatt über die rechtliche Vorsorge

In jeder Altersstufe kann es vorkommen, dass Sie durch einen Unfall, eine Erkrankung, durch einen Schlaganfall oder Demenz nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen oder diese verständlich zu äußern.

Sie sollten schriftlich festlegen, wer in solch einem Fall für Sie Entscheidungen treffen darf. Tun Sie dies nicht, können Sie weder von Ihrem Ehepartner, noch von Ihren Kindern, dem Lebenspartner oder den Verwandten, wirksam vertreten werden.

Falls Sie nichts schriftlich in einer Vollmacht oder Verfügung festgelegt haben, wird das Betreuungsgericht einen Betreuer bestimmen - das kann zwar jemand aus der Familie, aber auch ein ganz fremder Mensch sein.

Sorgen Sie vor, so lange Sie es noch können!

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht ermöglicht Ihnen ein großes Maß an Selbstbestimmung.

- Sie benennen eine oder mehrere Personen als Bevollmächtigte.
- Sie können viele Einzelheiten bezüglich Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Vermögenssorge, Gesundheitssorge, Vertretung vor Gericht und vieles andere festlegen.
- Den Vordruck einer Vorsorgevollmacht finden Sie im Anhang dieser Mappe.

Bitte beachten Sie:

- Sie sollten sich vor der Abfassung mit Familienangehörigen und Vertrauenspersonen beraten.
- Sie sollten das Formular nach Möglichkeit im Beisein der von Ihnen ausgesuchten Personen ausfüllen, damit Sie mit den Bevollmächtigten einzelne Punkte besprechen und Unklarheiten beseitigen können.
- Sie können die Unterschrift dieser Vollmacht bei Ihrem Bürgermeisteramt (vorher nachfragen) oder beim Landratsamt (Tel.: 07541 204-5287) beglaubigen lassen.
- Wenn Sie Grundvermögen (z. B. Haus, Grundstück oder Eigentumswohnung) besitzen, ist es ratsam, die Beglaubigung durch einen Notar vornehmen zu lassen (Bei Beglaubigung erst bei der Behörde oder dem Notar unterschreiben!).
- Bewahren Sie das Originalformular bei sich auf; Kopien können Sie weitergeben.

Weitere Informationen zur Vorsorgevollmacht finden Sie im Internet unter **www.justiz-bw.de** oder **www.bmj.de**

Betreuungsverfügung

- Mit einer Betreuungsverfügung legen Sie selbst fest, welche Person vom Betreuungsgericht zu Ihrem Betreuer bestimmt werden soll (Sie können auch mehrere Personen vorschlagen bzw. festlegen, wer auf keinen Fall als Betreuer bestimmt werden soll).
- Sie können Wünsche bezüglich der Verwaltung Ihres Vermögens festhalten.
- Sie können Ihre Vorstellungen zu Ihrer pflegerischen Versorgung festhalten.
- Sie können auch weitere Wünsche und Vorstellungen aufschreiben.
- Den Vordruck einer Betreuungsverfügung finden Sie im Anhang dieser Mappe.

Bitte beachten Sie:

- Sie sollten die Personen, die Sie in der Betreuungsverfügung benennen wollen, vorher fragen, ob sie damit einverstanden sind.
- Bewahren Sie das Originalformular bei sich auf!
- Ein Betreuer kann erst dann tätig werden, wenn er das Original vorweisen kann.
- Der Betreuer arbeitet unter der Aufsicht des Betreuungsgerichtes!

Patientenverfügung

Notsituation

- In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit festlegen, wie Sie in einer Notsituation ärztlich und medizinisch behandelt werden möchten.
- In einer Patientenverfügung können Sie festlegen, was medizinisch unternommen werden soll, wenn Sie entscheidungsunfähig sind.
- Eine Patientenverfügung ist im Notfall eine große Hilfe für Ihre Angehörigen und die Ärzte.
- Den Vordruck eines unverbindlichen Musters einer Patientenverfügung in Kurzfassung finden Sie im Anhang.

Weitere Informationen sowie eine ausführliche Patientenverfügung (Textbausteine) finden Sie im Internet unter www.bmj.bund.de.

Die 3 Formulare und die Erläuterungen des Ministeriums finden Sie im Anhang.

Alle drei Formulare können Sie erhalten

- im Internet
- beim Landratsamt Bodenseekreis ([www.bodenseekreis.de/Landratsamt A-Z](http://www.bodenseekreis.de/Landratsamt-A-Z) oder Tel.: 07541 204-5287)
- beim Kreissenorenrat Bodenseekreis (www.kreissenorenrat-bsk.de oder Tel.: 07541 204-5118).