



GdP-Vorsorgemappe

für
Beamte
und
Tarifbeschäftigte
Pensionäre/Hinterbliebene

(Stand: Juni 2022)

Gewerkschaft der Polizei
Kreisgruppe Bonn
Seniorenvertretung
Königswinterer Str. 500
53227 Bonn

Telefon: 0228 / 15-1053
Fax: 0228 / 15-1201
www.gdp-nrw.de/bonn

Inhalt

Vorwort	2
Senioren Vertreter	3
Persönliche Daten	4
Kinder / Enkel	5
Eltern / Schwiegereltern	6
Geschwister 1	7
Geschwister 2	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Vertrauensperson	9
Patientenverfügung - Aktualisierung	10
Vollmacht Beihilfe - Info	11
Vollmacht – Krankenversicherung - Info	12
Personen des Vertrauens	13
Daueraufträge / Lastschriften 1	14
Daueraufträge / Lastschriften 2	15
Daueraufträge / Lastschriften 3	16
Zuständige Dienststellen	17
Verträge	18
Urkunden	19
Versicherungen 1	20
Versicherungen 2	21
Geldinstitute 1	22
Geldinstitute 2	23
Fahrzeuge	24
Beihilfe 1	25
Beihilfe 2	26
Beihilfe 3	27
Zu erledigen - zeitnah	28
Zu erledigen - später	29
Weitere Hinweise	30
Schlusswort:	31
Anlagen	32

Anlage 1 – Vorsorgevollmacht

Anlage 2 - Ärztliche Bescheinigung

Anlage 3 - Beihilfe- und Versorgungsvollmacht

Anlage 4 – Vollmacht für die Krankenversicherung

Anlage 5 – Patientenverfügungen in drei verschiedenen Beispielvarianten

Anlage 6 – Bestattungsverfügung

Vorwort



Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Gedanke an eine unheilbare Erkrankung oder an den Tod wird aus verständlichen Gründen gern verdrängt. Trotzdem ist es wichtig, die Dinge so vorbereitet zu haben, dass bei Verlust der eigenen Entscheidungsfähigkeit oder nach dem Ableben wesentliche Entscheidungen vorbereitet sind. Aus diesem Grund ist es ratsam sich mithilfe unserer Vorsorgemappe darauf vorzubereiten. Die Mappe bündelt wichtige Informationen sowie Kontaktadressen und gibt Anregungen und Hilfestellungen bei allen Fragen rund um das Thema Vorsorge.

Die letzten Jahre haben gezeigt, wie stark das Interesse unserer Mitglieder an dieser Mappe ist. Deshalb ist es auch für uns ein besonderes Anliegen, diese Vorsorgemappe fortzuführen. Federführend für die erneute Aktualisierung war Peter Sebastian mit Unterstützung der anderen Seniorenvertreter. Sie haben mit viel Mühe die Vorsorgemappe auf den neusten Stand gebracht. Hier gilt es an dieser Stelle unseren Dank auszusprechen. Damit die Vorsorgemappe ihren Zweck erfüllen kann, empfehlen wir sie so aufzubewahren, dass sie für die Angehörigen schnell zu finden ist. Es besteht die Möglichkeit, einzelne Teile zu fotokopieren, damit auch die Ehepartner oder Erben entsprechende Vollmachten und Verfügungen abgeben können.

Außerdem hilft diese Vorsorgemappe Ihnen dabei, alle wesentlichen Informationen zusammenzustellen. Sie ist eine nützliche Orientierungshilfe beim Ordnen Ihrer persönlichen Angelegenheiten. Das verschafft Ihnen selbst einen Durchblick und gibt Ihnen das gute Gefühl, dass für den Fall der Fälle alle Ihre wichtigen Daten, Dokumente und Angaben zentral an einem Ort zu finden sind. Ihre Angehörigen und Vertrauten erhalten so im Ernstfall einen ersten Überblick und können in Ihrem Sinne handeln.

Nehmen Sie sich Zeit zum Ausfüllen der Formulare.

Wir freuen uns, wenn wir Ihnen mit dieser Mappe helfen können.

Außerdem bietet es sich an regelmäßig unsere Homepage der Gewerkschaft der Polizei - Kreisgruppe Bonn (www.gdp-nrw.de/bonn) - zu besuchen. So bleiben Sie über aktuelle Gewerkschaftsthemen informiert und können diese Vorsorgemappe auch digital herunterladen.

Unabhängig von dieser Vorsorgemappe und unserer Homepage stehen wir selbstverständlich für die Anliegen unserer Kolleginnen und Kollegen persönlich zur Verfügung. Die Erreichbarkeit der Seniorenvertreter der Gewerkschaft der Polizei - Kreisgruppe Bonn - ist den nachfolgenden Seiten zu entnehmen.

Herzliche Grüße

Dirk Lennertz

-Vorsitzender-



Senioren Vertreter

Peter SEBASTIAN	0151/41230235	Peter.sebastian@gdp-bonn.de
Monika SCHAEFER	0157/72054143	Monika-andre-schaefer@web.de
Dieter KAEMMER	0157/73854981	Dieter.Kaemmer@gmail.de
Martin VOGT	0163/8343232	Martinvogt43@web.de
Andreas PRADEL	0172/8522881	Andreaspradel@web.de
Udo SCHOTT	0152/54293543	Udo.schott@netcologne.de
Michael BENDER	0176/61033304	mwozzel@aol.com
Bernd PICHLER	0163/9056019	Berni.pichler.gdpsenioren@gmail.com
Kreisgruppenvorsitzender Dirk LENNERTZ	0151/15202656	Königswinterer Str. 500, 53227 Bonn, Tel.: 0228/15-1053 Dirk.lennertz@gdp-bonn.de

(Stand Juni/2022)



Persönliche Daten

Name, Vorname

.....

Geburtsname

Geboren am In

Adresse

.....

Tel.-Nr.:

Handy

E – Mail:

Ich bin ledig verheiratet (Name siehe unten) geschieden verwitwet

Ich lebe getrennt ja nein

Konfession:

Blutgruppe:

Mein/e Pass / Personalausweis / Geburtsurkunde etc. liegt (genauer Verwahrungsort)

.....

Partner / -in Name, Vorname

.....

Geburtsname

Geboren am In

Adresse

.....

Tel.-Nr.:

Handy

E – Mail:

Kinder / Enkel

<p>Kind 1 (ggf. Schwiegertochter/Schwiegersohn)</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag und Geburtsort)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>	<p>Kind 2 (ggf. Schwiegertochter/Schwiegersohn)</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag und Geburtsort)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>
<p>Kind 3 (ggf. Schwiegertochter/Schwiegersohn)</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag und Geburtsort)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>	<p>Kind 4 (ggf. Schwiegertochter/Schwiegersohn)</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag und Geburtsort)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>
<p>Enkel 1</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag und Geburtsort)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>	<p>Enkel 2</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag und Geburtsort)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>
<p>Enkel 3</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag und Geburtsort)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>	<p>Enkel 4</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag und Geburtsort)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>

Eltern / Schwiegereltern

Eltern - Vater	Eltern - Mutter
..... (Familiennamen, Vornamen)	..... (Familiennamen, Vornamen)
..... (Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)	..... (Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)
..... (Anschrift)	..... (Anschrift)
..... (Telefon / Fax / E-Mail)	..... (Telefon / Fax / E-Mail)
..... (gegebenenfalls Sterbedatum / Beerdigungsort)	..... (gegebenenfalls Sterbedatum / Beerdigungsort)

Schwiegereltern - Vater	Schwiegereltern - Mutter
..... (Familiennamen, Vornamen)	..... (Familiennamen, Vornamen)
..... (Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)	..... (Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)
..... (Anschrift)	..... (Anschrift)
..... (Telefon / Fax / E-Mail)	..... (Telefon / Fax / E-Mail)
..... (gegebenenfalls Sterbedatum / Beerdigungsort)	..... (gegebenenfalls Sterbedatum / Beerdigungsort)

Geschwister 1

<p>Eigene Geschwister 1</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>	<p>Geschwister des Ehepartners 1</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>
<p>Eigene Geschwister 2</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>	<p>Geschwister des Ehepartners 2</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>
<p>Eigene Geschwister 3</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>	<p>Geschwister des Ehepartners 3</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>
<p>Eigene Geschwister 4</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>	<p>Geschwister des Ehepartners 4</p> <p>.....</p> <p>(Familienname, Vornamen)</p> <p>.....</p> <p>(Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)</p> <p>.....</p> <p>(Anschrift)</p> <p>.....</p> <p>(Telefon / Fax / E-Mail)</p>

Patientenverfügung

Muster von Patientenverfügungen sind als Anlagen beigelegt.

Eine Kopie dieser Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

.....
(Vor- und Zuname)

.....
(Anschrift)

.....
(Datum und Ort) (Unterschrift des Vollmachtgebers)

Die eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers wird hiermit beglaubigt.

.....
(Datum und Ort) (Unterschrift des Beglaubigenden)

INFORMATIONSKARTE VORSORGEVOLLMACHT / PATIENTENVERFÜGUNG

Bitte schneiden Sie diese Karte aus und kreuzen Sie an, ob Sie über eine Vorsorgevollmacht, über eine Patientenverfügung oder über beides verfügen. Tragen Sie bitte alle nötigen Angaben ein und tragen Sie die Karte möglichst immer bei sich!

<p>Informationskarte Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung</p> <p>Name, Vorname: Geburtsdatum/-ort: Straße: Ort: Telefon: Ich habe eine <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p>	<p>Zugang zu den Originalen meiner Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung hat:</p> <p>Name, Vorname oder Institution</p> <p>Straße/ Ort</p> <p>Telefon</p> <p><input type="checkbox"/> Die benannte Person ist meine bevollmächtigte Person (falls zutreffend bitte ankreuzen)</p>
---	--

Vertrauensperson

Hinweis auf meine **Patientenverfügung** *

Für den Fall, dass ich

.....
(Vor- und Zuname / Anschrift)

aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsminderung durch eine Krankheit, durch Unfall oder auch durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zu äußern, habe ich eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen und meiner Vertrauensperson (siehe unten) hinterlegt.

.....
(Ort, Datum und Unterschrift)

VERTRAUENSPERSON

.....
(Vor- und Zuname)

.....
(Straße und Haus-Nr.)

.....
(PLZ und Wohnort)

.....
(Telefon / Fax / E-Mail)

* entfällt, wenn ZVR-Card vorhanden

.....
(Vor- und Zuname)

.....
(Straße und Haus-Nr.)

.....
(PLZ und Wohnort)

.....
(Telefon / Fax / E-Mail)

Patientenverfügung - Aktualisierung

Die vorliegende Patientenverfügung des / der

.....
(Vorname und Zuname / Anschrift)

wird erneut bestätigt.

Datum	Unterschrift
/ 2022	
/ 20	
/ 20	
/ 20	
/ 20	
/ 20	
/ 20	
/ 20	

Vollmacht Beihilfe - Info

Zur Regelung von Beihilfeangelegenheiten

- bei Pensionären/Hinterbliebenen mit dem Landesamt für Besoldung und Versorgung und
- bei noch im Dienst befindlichen Beschäftigten mit der jeweils zuständigen Beihilfestelle

empfehlen wir die Ausfertigung einer **Beihilfe-Vollmacht**. Mit dieser Vollmacht kann die / der Bevollmächtigte entsprechende Abrechnungen von Krankenkosten mit der jeweils zuständigen Beihilfestelle vornehmen. Ohne diese Vollmacht ist nur der Beihilfeberechtigte selbst berechtigt, entsprechende Abrechnungen zu tätigen. Dies setzt voraus, dass er einen Beihilfeantrag bzw. einen Antrag auf Vorschuss eigenhändig unterzeichnen kann.

Das Muster für eine Vollmacht in Beihilfeangelegenheiten ist in der Anlage enthalten.

Die Vollmacht kann durch einfaches ankreuzen der entsprechenden Passagen auf die Regelung von Versorgungsangelegenheiten erweitert werden.

Vollmacht – Krankenversicherung - Info

Wie im Falle der Beihilfe ist es auch zur Abrechnung von Krankenkosten mit einer privaten Krankenversicherung ratsam, einen vertrauten Bevollmächtigten zu benennen. Das Muster einer Krankenversicherungsvollmacht ist in der Anlage zu finden.

WICHTIG!!!

Wir möchten hier noch einmal darauf hinweisen, dass bei Tod des Stammversicherten bei Privat-Krankenversicherungen eine **Zweimonatsfrist** besteht. **In dieser Zeit muss der noch lebende Ehegatte einen Antrag auf Übernahme durch die Kasse stellen, da keine automatische Übernahme erfolgt.** Auch bei gesetzlichen Versicherungen soll analog verfahren werden.

Es empfiehlt sich auch bei der Krankenversicherung eine Vollmacht für jene Person / Personen zu hinterlegen, die an Stelle des Versicherten berechtigt sind, Rechnungen einzureichen und die gegebenenfalls den Überweisungsweg ändern dürfen. Etliche Versicherungen behandeln die Daten des Versicherten wie das Bankgeheimnis. Ob das Versicherungsunternehmen einen eigenen Vordruck verlangt oder sich mit einer unterschriebenen Vollmacht des Versicherungsnehmers zufriedengibt, ist von Fall zu Fall unterschiedlich.

Gegebenenfalls empfehlen wir, sich an den zuständigen Seniorenvertreter oder an die Geschäftsstelle der GdP zu wenden und um Rat zu fragen.

Weitergehende Informationen auch im Internet unter:
www.finanzverwaltung.nrw.de/de/beihilfe

Personen des Vertrauens

A: Steuerberater (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)
B: Rechtsanwalt (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)
C: Seelsorger (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)
D: Hausarzt (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)
E: Fachärzte (Name, Adresse, Fachrichtung, Telefon, Fax, E-Mail)

Person/en meines Vertrauens, an die sich meine Angehörige/n in anderen Angelegenheiten wenden kann / können.

F: (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)
G:
H:
I:

Daueraufträge / Lastschriften 1

Bitte eintragen!

Vermieter
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Rechtsschutz
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Organisation.....
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Sportverein
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

andere Servicestellen
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Daueraufträge / Lastschriften 2

Stromlieferant
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

GEZ
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Wasserlieferant
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Gaslieferant
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Müllentsorger
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Grundbesitzabgabe.....
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Telekommunikation
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)



Daueraufträge / Lastschriften 3

Zeitungs-Abo
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Partei
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Genossenschaft.....
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

.....
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

.....
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

.....
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

.....
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

.....
(Name)
.....
(Mitglieds-/Vertrags-Nr. / Anschrift / Tel. / Fax / E-Mail)

Zuständige Dienststellen

Bitte eintragen!

A: letzte dienstvorgesetzte Stelle –Polizeibehörde- (Name, Adresse, Telefon, Fax, eMail)
B.: GdP Kreisgruppe Bonn, Königswinterer Str. 500, 53227 Bonn, Tel.: 0228/15-1053, eMail: Vorstand@gdp-bonn.de
C: GdP NRW, Gudastr. 5 – 7, 40625 Düsseldorf, Tel.: 0211/2910110, eMail: Poststelle@gdp-nrw.de
Landesamt für Besoldung und Versorgung (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)
Deutsche Rentenversicherung - zuständig für Rente (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)
VBL - zuständig für Zusatzversorgung (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)
Beihilfestelle (Name, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)

Personal-Nr. für LbV
(Beamte + Tarifbeschäftigte)

Vers.-Nr. DRV
(Tarifbeschäftigte)

Vers.-Nr. VBL
(Tarifbeschäftigte)

Hinweis:

Die Personal-Nr. bitte bei allen Schreiben angeben! Bei Pensionären siehe Besoldungsmittteilung oder Beihilfebescheid.

Verträge

Verträge	entfällt	Aufbewahrungsort
gemietete Wohnung /-en		
vermietete Wohnung/ -en		
gemietete Garage/-n		
vermietete Garage/ -n		
Erbpacht		
übernommene Bürgschaft/ -en		
Forderungen/ -en an Schuldner		
Verpflichtung/ -en an Gläubiger		
sonstige Bindungen		



Urkunden

Urkundenart	Aufbewahrungsort	Anmerkung
eigene Geburtsurkunde		
Geburtsurkunde des Ehegatten		
Stamm-/Familienbuch		
Heiratsurkunde		
Anstellungsurkunde		
Ernennungsurkunden		
Pensionsurkunde		
Rentenbescheid		
Scheidungsurteil		
Güterrechtsvertrag/ Ehevertrag		
Testament		

Versicherungen 1

Kranken-/Pflegeversicherung

.....
(Name) (Versicherungsnummer)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon / Fax / E-Mail)

Sterbeversicherung

.....
(Name) (Versicherungsnummer)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon / Fax / E-Mail)

Krankenzusatzversicherung

.....
(Name) (Versicherungsnummer)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon / Fax / E-Mail)

Lebensversicherung

.....
(Name) (Versicherungsnummer)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon / Fax / E-Mail)

Haftpflichtversicherung

.....
(Name) (Versicherungsnummer)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon / Fax / E-Mail)

Versicherungen 2

Feuer-/Wohngebäudeversicherung	
..... (Name)	..... (Versicherungsnummer)
..... (Anschrift)	
..... (Telefon / Fax / E-Mail)	
Amts- und Diensthauptpflichtversicherung	
..... (Name)	..... (Versicherungsnummer)
..... (Anschrift)	
..... (Telefon / Fax / E-Mail)	
Rechtsschutzversicherung	
..... (Name)	..... (Versicherungsnummer)
..... (Anschrift)	
..... (Telefon / Fax / E-Mail)	
Hausratversicherung	
..... (Name)	..... (Versicherungsnummer)
..... (Anschrift)	
..... (Telefon / Fax / E-Mail)	
Kfz-Haftpflichtversicherung	
..... (Name)	..... (Versicherungsnummer)
..... (Anschrift)	
..... (Telefon / Fax / E-Mail)	
sonstige Versicherungen	
..... (Name)	..... (Versicherungsnummer)
..... (Anschrift)	
..... (Telefon / Fax / E-Mail)	

Geldinstitute 1

Wichtige Hinweise!

Sobald ein Geldinstitut vom **Tod eines Kontoinhabers** erfährt, wird das betreffende **Konto gesperrt**. Eine Auszahlung ist erst nach Vorlage des Erbscheines möglich. Das dauert in der Regel mehrere Tage. Um den zu erwartenden finanziellen Engpässen aus dem Weg zu gehen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Setzen Sie sich diesbezüglich bitte mit Ihrer Bank in Verbindung!

Es besteht die Möglichkeit, bei der Bank oder Sparkasse eine Vollmacht zu hinterlegen, die es der bevollmächtigten Person ermöglicht, nach dem Todesfall das Konto zu nutzen. Viele Geldinstitute halten als Vordruck eine entsprechende *"Verfügung zugunsten Dritter für den Todesfall außerhalb des Erbanges"* bereit.

Girokonten	Geldinstitut + BLZ	Kontonummer
.....
.....
.....
Sparkonto / en	Geldinstitut + BLZ	Kontonummer
.....
.....
.....
.....
Bankschließfach	Geldinstitut	Nummer
.....
.....
.....



Geldinstitute 2

Daueraufträge - Bank - Konto - Zweck (<u>keine</u> Einzugsermächtigungen)	
Depot - Konto für Wertpapiere, Aktien usw. - Geldinstitut - Kontonummer	
Kreditkarte/-n bei Gesellschaft/-en - Name, Anschrift, Telefon, Fax, Kontonummer	
Karten inklusive Unfallversicherung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Fahrzeuge

zugelassene Kraftfahrzeuge, Anhänger, Wohnwagen, Motorräder etc.

Marke	Baujahr	Kennzeichen
1.		
2.		
3.		

Die oben genannten Fahrzeuge sind bei folgenden Versicherungen versichert:

- zu 1:
(Versicherungsgesellschaft) (Versicherungs-Nr.)
- zu 2:
(Versicherungsgesellschaft) (Versicherungs-Nr.)
- zu 3:
(Versicherungsgesellschaft) (Versicherungs-Nr.)

Aufbewahrung von Kaufvertrag, Versicherungsschein, Kfz-Brief und Kfz-Schein

- zu 1:
- zu 2:
- zu 3:

Mitglied im Automobil-Club

.....
(Name/Anschrift/Geschäftsstelle/ Telefon/Fax/E-Mail/Mitgliedsnummer)

Schutzbrief:

Rechtsschutz:

sonstiges:

Beihilfe 1

1. Es gibt keine letztwillige Verfügung oder Testament, denn es soll die gesetzliche Erbfolge gelten.
2. Es existiert ein persönliches Testament. (Wenn kein Testament, dann müssen die Erben umständliche Wege in Kauf nehmen und auch Gebühren zahlen.)

.....
(Datum)

(Aufbewahrungsort)

3. Es existiert ein gemeinsames Testament beider Eheleute.

.....
(Datum)

(Aufbewahrungsort)

4. Es existiert ein öffentliches Testament.

.....
(erstellt von Notar)

.....
(Anschrift)

.....
(hinterlegt bei Nachlassgericht)

.....
(Aktenzeichen/Hinterlegungsschein)

.....
(Aufbewahrungsort Hinterlegungsschein)

Beihilfe 2

Alle Anträge, Belege und sonstigen Schriftverkehr adressieren Sie bitte an die
Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold.

Versenden Sie bitte die Anträge nur in DIN A 4- oder DIN A 5-Umschlägen.

Beihilfe

- muss **innerhalb eines Jahres** nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt sein
- benötigt **keine Originalbelege**, je Beleg eine deutlich lesbare Kopie / Zweitschrift
- bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln sind neben der Rechnung die **Verordnung** einer Ärztin/eines Arztes **vorzulegen**

Bezüglich eines Antrags auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit bei ambulanter Psychotherapie wenden Sie sich bitte vorher direkt an Ihre zuständige Beihilfestelle!

Umfangreiche Hinweise und alle Formulare finden Sie im Internet unter www.beihilfe.nrw.de und diese können dort kostenlos heruntergeladen werden.

Informationen zur Beihilfe NRW App

Mit der Beihilfe NRW App können Beihilfeberechtigte des Landes NRW die für einen **Kurzantrag** („Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe“) erforderlichen Belege digital über ihr Smartphone oder ihr Tablet bei der Zentralen Scanstelle in Detmold einreichen.

Dies spart Zeit und Porto.

Die Nutzung dieser **App ist kostenlos**.

Die Beihilfe NRW App können Sie im Internet unter folgenden Links herunterladen:

Android:

<https://play.google.com/store/apps/details?id=de.ibm.com.ish.prod.beihilfenrw>

iOS: <https://itunes.apple.com/de/app/beihilfe-nrw-app/id1261235157?mt=8>

Mit der App können **keine** Heil- und Kostenpläne oder sonstige für einen Beihilfeantrag erforderliche/angeforderte Unterlagen eingereicht werden!

Die Zentrale Koordinierungsstelle Beihilfe (ZKB) will absehbar in einem online-Angebot allgemeingültige Informationen zur Beihilfeverordnung NRW, Merkblätter und Formulare für Beihilfeberechtigte und Informationen für Beihilfestellen anbieten.

Beihilfeberechtigung gesetzlich Versicherter im Pflegefall:

In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger/innen (z.B. Witwer und Witwen) erhalten zur Hälfte (50%) Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die andere Hälfte (50%) übernimmt die Beihilfe. Bei vollstationärer Pflege ist darüber hinaus unter bestimmten Voraussetzungen auf gesonderten Antrag ein Beihilfezuschuss möglich.

Beihilfe 3

Sie müssen ihrer Pflegekasse **mitteilen, dass bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen für Sie **besteht**. Eine Bescheinigung über das Bestehen eines Beihilfeanspruchs stellt Ihre Beihilfestelle aus.

Beihilfeanspruch für Hinterbliebene:

Für die hinterbliebenen Angehörigen besteht ggf. nach Ablauf des Sterbemonats ein Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung in Form eines Witwengeldes/Witwergeldes oder Waisengeldes.

Mit Zahlung dieser Hinterbliebenenversorgung ist eine **eigene Beihilfeberechtigung** verbunden. (eigene Beihilfenummer, ggf. auch eigene Beihilfe APP)

Zu Lebzeiten konnte der bzw. die verstorbene Beihilfeberechtigte für Aufwendungen die seiner Ehegattin/ seinem Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartnerin, eingetragenen Lebenspartners in Krankheitsfällen entstanden waren, Beihilfen beantragen. Dies jedoch nur, wenn der Gesamtbetrag der **Einkünfte** (§ 2 Absätze 3 und 5 a des Einkommenssteuergesetzes) im Kalenderjahr vor der Antragstellung **18.000 € nicht überstieg**. Diese Einkommensgrenze ist für Witwen, Witwer bzw. hinterbliebene eingetragene Lebenspartnerin, eingetragenen Lebenspartners **nicht mehr relevant, da** sie einen **eigenständigen Beihilfeanspruch** haben.

Beihilfeabrechnung eines Dienstunfalles nach der Pensionierung

Soweit eine ärztliche Behandlung (auch Krankenhausaufenthalt) eines anerkannten Dienstunfalles nach der Pensionierung erforderlich wird, sind die sich daraus ergebenden Kosten direkt an das LBV und **n i c h t** an die Beihilfestelle zu richten.

Hierbei muss das Aktenzeichen, unter dem der Dienstunfall anerkannt wurde angegeben werden.

Der Antrag zur Übernahme der Kostenerstattung ist über die Scanstelle Detmold, unter Angabe der Personalnummer **S** an das Landesamt für Besoldung und Versorgung zu richten.

Zu erledigen - zeitnah

Erledigungen – mündlich

- 1 Todesmeldung an das Standesamt (dabei bis zu 6 Sterbeurkunden anfordern)
- 2.1 Beauftragung eines Beerdigungsinstitutes. Dieses erledigt im Allgemeinen die folgenden Notwendigkeiten und bei rechtzeitiger Vorabsprache auch vieles mehr. Kontaktaufnahme mit dem Friedhofsamt und Erledigung der amtlichen Begräbnisformalitäten
- 2.2 Todesmeldung an das zuständige Pfarramt (Zeitpunkt für Seelenamt und Beerdigung vereinbaren)
- 2.3 Bestellung des Sarges / Urne
- 2.4 Bestellung der Sargträger
- 2.5 Bestellung von Todesanzeigen und Totenzetteln
- 2.6 Aufgabe der Todesanzeige in der Tageszeitung

Erledigungen – schriftlich

- 1 bei **aktiven Beamten:**
 - 1.1 an letzte dienstvorgesetzte Stelle (Sterbeurkunde)
2. bei **Versorgungsempfängern:**
 - 2.1 das LBV sollte zeitnah telefonisch unter 0211/6023-05 und schriftlich über den Todesfall informiert werden. (Sterbeurkunde, ggf. Heiratsurkunde neuesten Datums übersenden)
3. bei **Tarifbeschäftigten:**
 - 3.1 an letzte Dienststelle (Sterbeurkunde)
 - 3.2 an das LBV (Sterbeurkunde, ggf. Heiratsurkunde neuesten Datums)
 - 3.3 an die Deutsche Rentenversicherung über die Gemeinde (Sterbeurkunde, ggf. Heiratsurkunde)
 - 3.4 an die VBL (Sterbeurkunde, ggf. Heiratsurkunde neuesten Datums)
4. bei **Rentnern:** Wie unter Punkt 3
5. Formlose Todesmeldung an bestehende Lebensversicherungen, Sterbekassen, Krankenkassen und eventuell an Vereine, die ein Sterbegeld zahlen. Beizulegen ist jeweils eine Sterbeurkunde, bei Sterbekosten- und Lebensversicherungen auch der Versicherungsschein, Einwurfeinschreiben und Kontenangabe sind notwendig.

Zu erledigen - später

Später erledigen

- Abrechnung der Krankheitskosten bei der Krankenkasse.
- Stellung eines Beihilfeantrages bei der letzten dienstvorgesetzten Stelle (bei Aktiven)

oder beim Landesamt für Besoldung und Versorgung in Düsseldorf (Pensionäre/Rentner)

Beizulegen ist die Kopie der Sterbeurkunde.

- Antrag auf Einkommensteuererstattung beim zuständigen Finanzamt. Der Antrag lohnt sich, wenn wesentliche Teile der Krankheits- und Behandlungskosten nicht erstattet wurden.

Muster

(Vorname und Name, Geb.-

(Ort, Datum)

Witwe/r des/der
Anschrift:
Telefon/Fax/E-Mail:
Personal-Nr.:
Konto-Nr.:
Bank / BLZ:

An..... (siehe Dienststelle)

Als Anlage übersende ich die Sterbeurkunde meines Ehemannes / meiner Ehefrau sowie meine Heiratsurkunde und bitte um die Festsetzung der Versorgungsbezüge.

(Vorsorglich bitte ich dabei um Berücksichtigung der Studienzeiten. Entsprechendes bitte ergänzen!)

Die Bezüge wollen Sie bitte überweisen auf das o.g. Konto.

Datum, Unterschrift

Weitere Hinweise

Beihilfen

Beihilfen zu den Aufwendungen in Krankheits- oder Todesfällen werden auch den versorgungsberechtigten Hinterbliebenen gewährt. Die Kosten für den Sterbefall werden im Rahmen der Beihilfe (mit Ausnahme der Todesfeststellungs- und Überführungskosten) **nicht mehr erstattet**.

Ordnung des Nachlasses

Wichtige Papiere wie Urkunden, Familienbuch, Testament, Versicherungsscheine, Sparbücher, Unterlagen über Wertpapiere, aber auch über Forderungen und Schulden sollten geordnet und leicht auffindbar aufbewahrt werden. Weiterhin sollten die Angehörigen oder eine Person des Vertrauens Zeichnungsvollmacht für bestehende Bankkonten besitzen, damit vorhandene Gelder weiterhin verfügbar sind. Der Erbschein ist beim zuständigen Amtsgericht zu beantragen.

Sterbegeld und Steuerklasse

Für den Sterbemonat verbleiben den versorgungsberechtigten Hinterbliebenen die Bezüge.

Sie haben Anspruch auf ein Sterbegeld, das dem Zweifachen der Bezüge entspricht. Da das Sterbegeld voll versteuert werden muss, werden die fälligen Steuern vom ersten Versorgungsbetrag abgezogen (Letzteres gilt nur für Beamte!).

Im Sterbejahr und im Jahr darauf ändert sich die Steuerklasse nicht. Erst danach wird die/der Hinterbliebene gesetzmäßig eingestuft.

Sterbegeld der GdP

Grundsätzlich beträgt das Sterbegeld der GdP als freiwillige Leistung derzeit für Mitglieder 500,00 € und für Hinterbliebene des Mitglieds 350,00 €.

Schlusswort:

Werte Kolleginnen und Kollegen,

mit der vorliegenden „Vorsorgemappe“ haben wir versucht, aus unserer Sicht wesentliche Themen im Hinblick auf den letzten Lebensabschnitt anzusprechen und Ihnen diese als Anregung / Gerippe zur Verfügung zu stellen.

Die zu behandelnden Themen sind teilweise äußerst komplex und unterliegen ständigen Veränderungen durch Rechtsprechung, neue rechtliche Grundlagen etc.

Wie uns die Corona-Pandemie deutlich aufzeigte, kann es beispielsweise ratsam sein, seine Patientenverfügung in Bezug auf lebensverlängernde Maßnahmen noch einmal kritisch zu prüfen, diese ggf. zu aktualisieren.

In der Literatur sind ebenfalls umfangreiche Unterlagen verfügbar, „allgemein verständliche“ Broschüren des Beck-Verlages über die Themen

- Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung
- Vorsorge für den Notfall (mit Vordrucken und Checklisten zu Krankheit, Pflege und Todesfall) sowie
- Vorsorge für den Erbfall durch Testament, Erbvertrag und Schenkung

sind über die GdP Kreisgruppe Bonn zu beziehen.

Für weitergehende Fragen, für Anregungen und Verbesserungsvorschläge stehen ihnen gerne die Ansprechpartner Senioren (APS) der GdP Bonn zur Verfügung, sprechen Sie uns an!

Peter SEBASTIAN
- Seniorenvertreter -

Anlagen

Hier finden Sie als Beispiele eine Sammlung von Vordrucken und Musterschreiben.

1. (Vorsorge-)Vollmacht
2. Ärztliche Bescheinigung
3. Beihilfe-Vollmacht
4. Vollmacht für Leistungsanträge Krankenkasse
5. Patientenverfügungen – drei Beispielvarianten
6. Bestattungsverfügung

V O L L M A C H T

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

erteile hiermit Vollmacht an

_____ (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

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

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

1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. JA NEIN
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). 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. JA NEIN
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. JA NEIN
- _____
- _____
- _____

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. JA NEIN
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. JA NEIN
- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen. JA NEIN
- _____

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. JA NEIN
- _____
- _____

4. 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 JA NEIN
- 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 (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis) JA NEIN
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. JA NEIN

▪

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können

▪

▪

Hinweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen (Muster im Anhang). 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 spätere 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.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!

5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. JA NEIN

6. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. JA NEIN

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

JA NEIN

8. Betreuungsverfügung

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

JA NEIN

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

JA NEIN

10. Weitere Regelungen

▪

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers



Anlage zur Vorsorgevollmacht von
(Name, Vorname des Vollmachtgebers)

Ärztliche Bescheinigung*¹

Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber:

Familienname:

Vorname:

geb. am: in:

Anschrift:

Bevollmächtigte/ Bevollmächtigter

Familienname:

Vorname:

geb. am:

Anschrift:

Ich bestätige, dass der / die o. g. Vollmachtgeber/in zur Zeit infolge einer geistigen /
seelischen / körperlichen Erkrankung außerstande ist, eigene Entscheidungen zu treffen.

.....
Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes

.....
Ort, Datum

*1 nicht erforderlich, wenn die Vorsorgevollmacht notariell vorgenommen wurde

Vollmacht

für Beihilfe- und Versorgungsangelegenheiten

Name, Vorname	Geb. am
Anschrift:	
Beihilfenummer: / Personalnummer: / Zutreffendes / ankreuzen	

An
Zentrale Scanstelle
Beihilfe- /
Versorgungsangelegenheiten
32746 Detmold

Vollmacht zur Regelung meiner Versorgungsangelegenheiten Beihilfeangelegenheiten

Hiermit bevollmächtige ich Frau / Herrn
Name, Vorname
Anschrift
Mit der Regelung meiner <input type="checkbox"/> Versorgungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Beihilfeangelegenheiten Die / Der Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem / keinem Verwandtschaftsverhältnis:
Die / Der Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit dem Landesamt für Besoldung und Versorgung zu führen, Anträge zu stellen, sämtliche Schriftstücke in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben und die sich für mich aus meinem Verhältnis als Versorgungsempfänger/-in ergebenden Pflichten (z.B. Anzeigepflichten) wahrzunehmen.
Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Änderung des Überweisungsweges Die Vollmacht erstreckt sich nicht auf die Änderung des Überweisungsweges
Der Schriftverkehr soll weiterhin über meine Anschrift erfolgen ab sofort über die o. a.. Anschrift der / des Bevollmächtigten erfolgen.
Datum, Unterschrift der / des Berechtigten*
Datum, Unterschrift der / des Bevollmächtigten*
* jeweils Vor- und Zuname

.....
.....
.....
Vertragsnummer der Krankenkasse

Vollmacht
für die Berechtigung zum Einreichen von
Leistungsanträgen

Hiermit bevollmächtige ich

Name des Bevollmächtigten.....

Wohnhaft.....
.....

mit der Regelung meiner Leistungsansprüche für den Fall, dass ich, aus welchen
Gründen auch immer, selbst hierzu nicht in Lage sein sollte.

Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit dem Leistungsträger,
zu führen, Anträge zu stellen, sämtliche Schriftstücke in Empfang zu nehmen und,
wenn erforderlich, rechtliche Schritte zu ergreifen.

Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Änderung des

Überweisungsweges. Der Schriftverkehr soll weiterhin über meine

Adresse erfolgen.

Datum	Unterschrift des Vollmachtgebers
--------------------------------	--

Datum	Unterschrift der/des Bevollmächtigten
--------------------------------	---

Beispiel für

Patientenverfügung

Bestehend aus zwei (2) Seiten

Name:...../ Vorname:.....

geb.:/ in.....

wohnh.:.....

Nach reiflicher Überlegung und getragen von dem Wunsch nach einem menschenwürdigen Leben und Sterben und zur Verhinderung und Vermeidung sinnloser lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen gebe ich für den Fall, dass ich meinen Willen nicht odernicht ausreichend klar äußern kann, folgende Weisungen:

Ich wünsche keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung, wie zum Beispiel künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, künstliche Beatmung, Medikation (z. B. Antibiotika), Bluttransfusion und Dialyse, wenn mein Grundleiden nach gesicherter medizinischer Erkenntnis einen unabwendbaren Verlauf genommen hat und Maßnahmen ohne Aussicht auf Besserung sind.

Ärzte mögen mir für diesen Fall eine angemessene Behandlung dennoch zukommen lassen und insbesondere Schmerzen, Atemnot, Angst, Verwirrung und andere Beeinträchtigungen entgegenwirken, auch wenn damit das Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sein sollte. Von Wiederbelebungsmaßnahmen und Intensivtherapien bitte ich abzusehen. Dieser Wille gilt nicht nur für die Endphase, sondern auch dann, wenn der Eintritt des Todes noch nicht absehbar ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn ich in Folge einer Hirnschädigung oder eines fortgeschrittenen Hirnabbaus -gleich welcher Ursache – nur noch mit fremder medizinischer und technischer Hilfe existiere. Ausdrücklich nenne ich hier das so genannte Wachkoma, fortgeschrittene Demenz und einen ähnlichen Zustand, in welchem die Grundbedürfnisse nicht mehr auf natürliche Weise befriedigt werden können.

Eine derartige Behandlung und Pflege lehne ich ab. Sollten künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bereits eingeleitet worden sein, so sind derartige Maßnahmen abzubrechen, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mit einer Besserung zu rechnen ist, spätestens aber nach zwei Monaten. Mir ist

bewusst, dass ein Aufwachen aus einem solchen Zustand nicht ausgeschlossen werden kann.

Die hier aufgeführten Maßnahmen sind nicht abschließend. Für nicht genannte oder neue Behandlungsformen gelten meine Wünsche und Anweisungen entsprechend. Überhaupt sollen sich alle Entscheidungen an dem erkennbaren Sinn meiner Erklärungen orientieren.

Meine Bevollmächtigten sind beauftragt und ermächtigt, meinen Wünschen und meinem Willen Geltung zu verschaffen. Im Übrigen richten sich meine Erklärungen an alle, die es angeht, meine Familie, Ärzte und Pfleger. Diese Verfügung beruht auf meinem Selbstbestimmungsrecht, das ich im Vorsorgefall auf meine Bevollmächtigte übertrage und das auch bei etwaiger betreuungsrechtlicher Genehmigung zu beachten ist. Insofern weise ich meine Vertreter an, bei Nichtbeachtung strafrechtliche Anzeige zu erstatten und zivilrechtlich meine Interessen zu wahren, d. h. die Bezahlung für nicht genehmigte Pflege und Behandlung abzulehnen.

Vor Abgabe der vorstehenden Erklärung habe ich mich mit dem Thema Vorsorge und Patientenverfügung intensiv beschäftigt und hierzu fachkundigen Rat eingeholt. Ich werde mich auch in Zukunft damit beschäftigen, so dass meine Patientenverfügung bis zu einem ausdrücklichen Widerruf gilt. Eine im Vorsorgefall als möglichen Widerruf zu deutender Willensäußerung bedarf gutachtlicher Klärung über meine Einsichtsfähigkeit. Bleiben Zweifel gelten die obigen Erklärungen.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche / pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen.

.....

.....Name der Bevollmächtigten / des Bevollmächtigten

.....

.....Ort, Datum Unterschrift

Erneuert am.....

Beachten Sie bitte die aktuellen Erfahrungen aus der Corona-Pandemie!

Beispiel

Patientenverfügung

Beispiel für lebenserhaltende Maßnahmen

Name.....

Vorname.....

Geboren am:.....

Wohnhaft:.....

Bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Meine Verfügung soll gelten, wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde und wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. Auch für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten; auch fremdes Gewebe und Organe, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann. Zur Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung; aber nicht, wenn dadurch ungewollt eine Verkürzung meiner Lebenszeit eintreten kann.

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung und ebenso eine künstliche Flüssigkeitszufuhr und eine künstliche Beatmung begonnen oder weitergeführt werden, wenn meine Leben dadurch verlängert werden kann.

In jedem Fall möchte ich bei einem Notfall, dass Versuche meiner Wiederbelebung durchgeführt werden und ein Notarzt verständigt wird.

Ich möchte zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.

Ich möchte Beistand durch meinen Ehemann / meine Ehefrau.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in konkreten Anwendungssituationen eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für

Gesundheitsangelegenheiten erteilt

(oder:...ich habe in einer Vorsorgevollmacht vermerkt, dass die Vollmacht sich auch auf Gesundheitsangelegenheiten erstreckt.)

und den Inhalt der Verfügung mit der / den bevollmächtigten Person / Personen besprochen.

Bevollmächtigt-ist/sind:

Name / Namen

Anschrift-en

Telefon.....

Fax / Mail.....

Als Interpretationshilfe ist zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigelegt.

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert beim Notar / Betreuungsverein / Hausarzt – Hausärztin).

Meine Wertvorstellungen:

Ich bin (Alter in Jahren angeben) und werde in wenigen Monaten aus dem Arbeitsleben ausscheiden;

bzw. bin vor X-Jahren aus dem Berufsleben ausgeschieden- ich bin mit meinem Leben zufrieden, habe im Beruf meinen Mann gestanden und immer alles gut im Griff gehabt. Auch meine Krankheit (Art der Erkrankung benennen) habe ich akzeptiert. Ich bin verheiratet in zweiter Ehe und bin glücklich. Zu meiner ersten Frau und unseren Kindern aus dieser Ehe habe ich nur gelegentlich Kontakt.

Im weiteren Verlauf können allgemeine Wertvorstellung noch angeführt werden. Zum Beispiel: Akzeptanz weitgehend fremder Hilfe, Vertrauen in die Errungenschaften der Medizin, Ablehnung von Sterbehilfe, religiöse Standpunkte.

Stand des Beispiels Juli 2016; entnommen der Broschüre –Patientenverfügung- des BMJ

Beispiel

Patientenverfügung

(4-Seiten/ ausführlich)

I. Personalien

Familienname

.....

Vorname

.....

Geboren am

..... in

Anschrift

.....

Telefon

.....

.

II. Vorinformation

Nachfolgende Erklärungen gebe ich nicht nur im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und bei voller Entscheidungsfähigkeit ab*, sondern nach sorgfältiger Information zugleich in voller Kenntnis von Inhalt und Tragweite meines hier geäußerten Willens.

**Ärztliches Attest vom..... liegt datumsnah vor.*

Das Leben ist für mich von hohem Wert. Es gibt aber Situationen, in denen das Leben nur noch ein Martyrium bzw. eine Folter darstellt und der Tod die ersehnte Erlösung von einem für mich unerträglichen Leben bedeuten würde. In einem solchen Fall möchte ich selbst entscheiden dürfen, ob mein Leben mit den Mitteln der modernen Apparatemedizin künstlich aufrechterhalten und mein Leiden verlängert wird oder ob dem Krankheits- bzw. Sterbevorgang sein natürlicher Verlauf gelassen wird.

Über **Leben müssen** und **Sterben dürfen**, entscheiden **meine eigenen** Wertvorstellungen, **nicht** dagegen die der Ärzte, Angehörigen oder sonstigen Personen. Auch ein etwa von mir Bevollmächtigter hat sich bei seinen Entscheidungen, die er für mich in Gesundheitsfragen trifft, an **meinen** Wertvorstellungen zu orientieren und nicht daran, was medizinisch und technisch machbar ist.

Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige sowie sonstige mir nahestehende Personen sollen sich nicht danach richten, was sie selbst oder andere Menschen in einer solchen Situation wünschen würden, sondern sich **ausschließlich an meinen** in dieser Patienten-Verfügung niedergelegten Willen halten, gleichgültig, ob sie diesen vernünftig und medizinisch vertretbar finden oder nicht.

Ich bitte **natürlichen Vorgängen eines Sterbeprozesses** und unheilbaren zum Tode führenden Erkrankungen absoluten Vorrang gegenüber den technischen Möglichkeiten einer zeitlich begrenzten Lebensverlängerung einzuräumen. Ich schätze die **Lebensqualität** in jedem Fall höher ein, als die **Lebensquantität**, zumal wenn letztere mit Schmerzen, Qualen oder dauernder Bewusstlosigkeit verbunden ist. Ich möchte nach Möglichkeit meine letzten Wochen, Tage oder Stunden in einer mir vertrauten Umgebung verbringen.

Von lebensverlängernden und lebenserhaltenden Maßnahmen bitte ich nicht nur im Endstadium einer tödlich verlaufenden Erkrankung Abstand zu nehmen, sondern auch dann, wenn ich geistig so verwirrt sein sollte, dass ich meine Umgebung nicht mehr erkenne, wenn ich **längere Zeit ohne Bewusstsein bin** oder an **unerträglichen Schmerzen** leiden sollte, die auch mit den Mitteln moderner Schmerztherapie nicht beseitigt werden können.

Ich bin mir bewusst, dass ich bei **Einstellung der künstlichen Ernährung** oder der **Flüssigkeitszufuhr** verhungere oder verdurste. Diese Folge nehme ich für den Fall längerer Bewusstlosigkeit bzw. **Wachkoma** ausdrücklich in Kauf.

III. Anweisung an meine Ärzte

1. Ich weiß, dass ich weder meinen Ärzten noch dem Pflegepersonal eine strafbare aktive Tötung zumuten kann, wenn mein Zustand nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarkendes Lebenswillens nicht erwarten lässt. Hat mein Leiden oder haben meine Verletzungen mit infauster (hoffnungsloser) Prognose aber einen **irreversiblen Verlauf** genommen oder ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann, wie z.B. bei schweren Hirnschäden oder bei länger andauerndem Wachkoma, so **verlange ich den Verzicht auf weitere ärztliche Behandlung, Eingriffe und lebenserhaltende Maßnahmen**. Sollten solche Maßnahmen bereits eingeleitet sein, bestehe ich auf den **Abbruch dieser Maßnahmen**. Mit einer **Intensivtherapie** bin ich nur einverstanden, wenn diese der

Leidensminderung dient. Maßnahmen der Wiederbelebung verweigere ich auch dann, wenn im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit, bei dauernder Verwirrung oder Desorientiertheit sowie bei voraussichtlich dauerhafter Schädigung des Gehirns mit der Folge einer Hilflosigkeit und Kommunikationsunfähigkeit, bei mir ein Herzstillstand oder Bewusstseinsverlust eintritt.

2. Meine behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal bitte ich, ihre Bemühungen auf die **Hilfe beim Sterben**, also auf eine **Linderung von Beschwerden** bei gleichzeitigem **Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen** zu beschränken. Hierunter verstehe ich nicht nur eine meinen menschlichen Grundbedürfnissen entsprechende ärztliche Betreuung, Unterbringung und Pflege, sondern auch die optimale Behandlung von Schmerz, Atemnot, Depression, Übelkeit und Erbrechen, Angst und Unruhe. Ich bin mir dabei bewusst, dass bei manchen zum Tode führenden Erkrankungen die notwendige Leidensminderung so stark im Vordergrund stehen kann, dass zugleich die **Möglichkeit einer Lebensverkürzung** als ungewollte Nebenwirkung eintritt. Auch diese rechtlich wie theologisch zulässige "indirekte Sterbehilfe" wird von mir in Kauf genommen und soll für Ärzte und Pflegepersonal keine rechtlichen Folgen haben.

3. Ich bin mir darüber im Klaren, dass auch bei einer Bewusstlosigkeit ("**Wachkoma**") die länger als 6 Monate andauert, die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass ich irgendwann - mit oder ohne zerebrale Dauerschäden - aufwache. Ich möchte aber - nicht zuletzt auch angesichts meines Alters - trotzdem nicht künstlich am Leben gehalten werden, wie z.B. durch eine Magenfistel, Nasensonde oder parenterale Ernährung über die Vene. Ich erwarte, dass meine Ärzte in einem solchen Fall auf die **Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen verzichten**, wie z.B. auf die Anwendung von Antibiotika. Dabei bin ich mir bewusst, dass zu den lebenserhaltenden Maßnahmen insbesondere die künstliche Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse gehören. Diese Maßnahmen sollen nur zulässig sein, wenn es zur Leidensminderung, vor allem Schmerzlinderung unbedingt notwendig ist.

4. Die Prognose, ob mein Zustand oder meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen und Qualen bereiten wird, sollte von **zwei Ärzten** getroffen werden.

5. Zur eigenen Absicherung sei meinen Ärzten empfohlen, diese Patienten- Verfügung **zu den Krankenunterlagen zu nehmen** und im Krankenblatt zu vermerken, dass eine Intensivtherapie, ein Eingriff, eine Behandlung oder Reanimation angesichts des Befundes nur noch einer sinnlosen Sterbensverlängerung gedient hätte. Ärzte, die vorstehenden Anordnungen Folge leisten, handeln im Sinne des geltenden Rechts.

6. Für den Fall des Hirntodes bin ich mit der **Entnahme von Organen** - nicht - einverstanden*.

.....

.....
Ort

Datum

Unterschrift

Überprüft und bestätigt:

Datum	Unterschrift
/ 2022.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	
/ 20.....	

(* = zutreffendes kenntlich machen)

Bestattungsverfügung

Familienname

Vorname

geboren am in.....

Anschrift

Falls testamentarisch nicht anders geregelt, wünsche ich eine

Erdbestattung

Feuerbestattung

Seebestattung

anonyme Bestattung

Eichensarg

Ökosarg

andere

Es besteht ein Bestattungsvertrag mit dem Bestatter:

.....
(Firma, Anschrift, Telefon)

Der Vertrag befindet sich

.....

Es besteht ein Grabnutzungsvertrag mit der

Stadt/Gemeinde

Kirchengemeinde

Grab-Nr. auf Friedhof

Ich möchte - falls zulässig - in folgender Kleidung beerdigt werden:

.....
Es soll eine *kirchliche / nichtkirchliche Trauerfeier stattfinden.

Es soll *eine / keine Anzeige in folgenden Tageszeitungen erscheinen:

.....
Statt Blumen und Kränzen bitte ich um eine Spende an folgende gemeinnützige Organisation:

.....
Kto./BLZ

Sonstige Hinweise

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

(* zutreffendes unterstreichen)