

## 1. Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:
E-Mail-Adresse:	
Schwerbehinderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja / GdB: ____ Merkzeichen: ____	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja / Grad: ____
Religion:	Familienstand:
Partner*in: Name, Vorname	

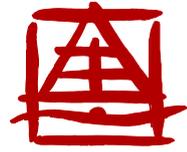
### Weitere Anmerkungen:

z.B. Aufbewahrungsort von Versicherungskarten und Ausweisen

---

---

---



## **1. Persönliche Daten**

(Haus-)Tiere

Tier 1: Art und Name:
Tierarzt:
Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, Chipnummer, Steuermarke etc.)
Welche Vorlieben und Abneigungen hat das Tier?
Allergien, Medikamente
Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier: (Name und Kontaktdaten)

Tier 2: Art und Name:
Tierarzt:
Vorhandene Unterlagen und Aufbewahrungsort (z.B. Impfpass, Chipnummer, Steuermarke etc.)
Welche Vorlieben und Abneigungen hat das Tier?
Allergien, Medikamente
Im Notfall kümmert sich folgende Person um das Tier: (Name und Kontaktdaten)

## **1. Persönliche Daten**

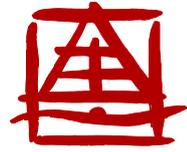
### **Berufliches**

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer:

Beruf, Tätigkeit:
Name des Arbeitgebers:
Personalnummer:
Adresse des Arbeitgebers:
Telefonnummer:

Für Selbständige:

Name der Firma:
Adresse der Firma:
Telefonnummer:
Handelsregister, Finanzamt:
Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung:
Berufsunfähigkeitsversicherung:
Sonstiges:
Ansprechpartner*in in der Firma:

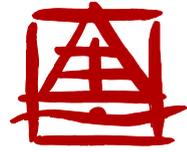


## **2. Wichtige Kontaktdaten**

### **Im Notfall zu benachrichtigen:**

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:
E-Mail-Adresse:	Verhältnis zur / zum Betroffenen:

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:
E-Mail-Adresse:	Verhältnis zur / zum Betroffenen:

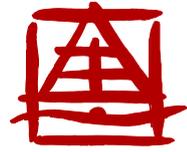


## **2. Wichtige Kontaktdaten**

### **Im Notfall zu benachrichtigen:**

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:
E-Mail-Adresse:	Verhältnis zur / zum Betroffenen:

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:
E-Mail-Adresse:	Verhältnis zur / zum Betroffenen:



## **2. Wichtige Kontaktdaten**

**Personen die für die Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen:**

Name, Adresse, Telefonnummer:

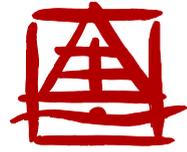
Schlüssel für:

Name, Adresse, Telefonnummer:

Schlüssel für:

Name, Adresse, Telefonnummer:

Schlüssel für:



## 2. Wichtige Kontaktdaten

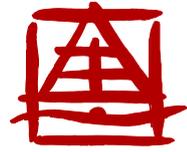
### Mein Hausarzt:

Name:	Straße, Hausnummer:
PLZ Ort:	Telefonnummer:
Telefax:	E-Mail-Adresse:

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

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefonnummer:

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefonnummer:



## 2. Wichtige Kontaktdaten

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

Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefonnummer:

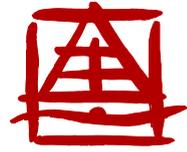
Name:	Fachrichtung:
Adresse:	Telefonnummer:

### **Meine Apotheke:**

Name:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

### **Mein ambulanter Pflegedienst:**

Name und Anschrift:
Telefonnummer:



## **2. Wichtige Kontaktdaten**

### **Mein\*e Steuerberater\*in:**

Name und Anschrift:

Telefonnummer:

### **Mein\*e Rechtsanwält\*in:**

Name und Anschrift:

Telefonnummer:

### **Mein\*e Notar\*in:**

Name und Anschrift:

Telefonnummer:

## 2. Wichtige Kontaktdaten

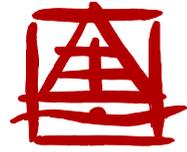
### **Sonstige Dienstleister:**

z. B. Haushaltshilfe, Essen auf Rädern, Hausnotruf

Name und Anschrift:
Tätigkeit:
Telefonnummer:

Name und Anschrift:
Tätigkeit:
Telefonnummer:

Name und Anschrift:
Tätigkeit:
Telefonnummer:



### **3. Medizinische Informationen**

#### **Medikamente:**

**Bitte immer eine aktuelle Kopie des Medikamentenplanes beilegen!**

Meine Medikamente bewahre ich hier auf:

---

#### **Allergien / Unverträglichkeiten:**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welche?
Allergiepass vorhanden?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Eine Kopie des Allergiepasses liegt dem Ordner bei (nach diesem Blatt einheften)</b>

#### **Diabetes:**

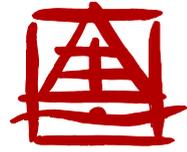
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Insulinpflichtig
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Eine Kopie des Diabetikerpasses liegt dem Ordner bei (nach diesem Blatt einheften)</b>

#### **Sonstiges:**

Weitere Angaben, beispielsweise Anfallsleiden, Hilfsmittel etc.:

---

---



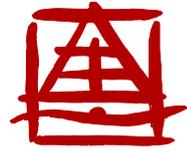
### **3. Medizinische Informationen**

#### **Ausweise**

**Ich habe folgende Ausweise:**

- |                             |                               |                             |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| - Organspende Ausweis       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Defibrillator Ausweis     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Dialysenotfallpass        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Herzklappenausweis        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Herzschrittmacher-Ausweis | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Implantat Ausweis         | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Marcumar Ausweis          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Röntgenpass               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Schwerbehindertenausweis  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - Impfpass                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - _____                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| - _____                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

**Bitte legen Sie eine Kopie der oben genannten Ausweise  
und Pässe bei!**



**L a n d k r e i s  
R o t h**

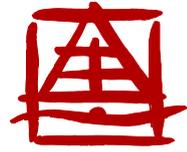
### **3. Medizinische Informationen**

#### **Mit Demenz ins Krankenhaus**

**Bitte beachten Sie zu diesem Thema den Informationsbogen der Deutschen Alzheimergesellschaft auf der nächsten Seite.**

**Dieser ist dafür gedacht, dass er im Falle einer Einlieferung ins Krankenhaus mitgegeben werden kann.**

**Hier können viele nützliche Informationen für das Krankenhaus eingetragen werden, und so den reibungslosen Ablauf dort mit unterstützen.**



## 4. Versicherungen

### Krankenversicherung:

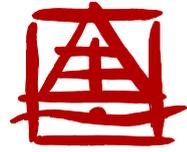
Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

### Beihilfeversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

### Krankenzusatzversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:



## **4. Versicherungen**

### **Pflegeversicherung:**

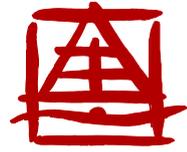
Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

### **Pflegezusatzversicherung:**

Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

### **Unfallversicherung:**

Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:



## 4. Versicherungen

### Lebensversicherung:

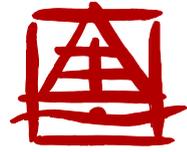
Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

### Sterbeversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

### Haftpflichtversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:



## **4. Versicherungen**

### **Hausratversicherung:**

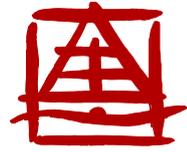
Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

### **Rechtsschutzversicherung:**

Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

### **KFZ-Versicherung:**

Name der Versicherungsgesellschaft:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:



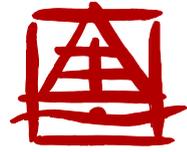
## **4. Versicherungen**

### **Sonstige Versicherungen:**

Art der Versicherung:	Name der Versicherungsgesellschaft:
Anschrift:	
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

Art der Versicherung:	Name der Versicherungsgesellschaft:
Anschrift:	
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:

Art der Versicherung:	Name der Versicherungsgesellschaft:
Anschrift:	
Versicherungsnummer:	Telefonnummer:



## 5. Vorsorgedokumente

### Sorgerechtsverfügung:

- Nein  Ja (Das Original bitte an die ausgewählten Personen geben oder beim Notar oder Nachlassgericht hinterlegen. Eine Kopie kann hier eingeordnet werden.)

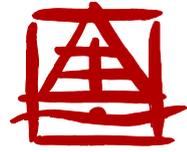
### **Zum Wohl der minderjährigen Kinder vorsorgen**

Mit einer Sorgerechtsverfügung können Sie als Mutter oder Vater einen Vormund benennen, der sich beim Tod beider Eltern um minderjährigen Kinder bekommen soll.

#### Wichtige Eckpunkte:

- Schlagen Sie mehrere Personen vor, da das Familiengericht darüber entscheidet und nicht garantiert ist, dass die von Ihnen benannte Person auch akzeptiert wird.
- Sie können auch angeben, wenn Sie bestimmte Personen ausschließen möchten. Bitte begründen Sie das, damit es für das Gericht nachvollziehbar ist.
- Der Vormund muss volljährig und mit der Benennung einverstanden sein.
- Die Vormundschaft ist aufgeteilt in Personensorge und Vermögenssorge. Diese Teile können auch auf verschiedene Personen übertragen werden.
- Die Verfügung muss persönlich und handschriftlich verfasst sein, Ort und Datum enthalten und mit Vor- und Nachnamen unterschrieben werden. Alle im Dokument angeführten Personen müssen mit Vor- und Nachnamen benannt werden.
- Eine notarielle Beglaubigung ist nicht zwingend nötig.
- Die Sorgerechtsverfügung kann jederzeit geändert oder widerrufen werden.
- Kinder, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, haben ein Mitspracherecht vor dem Familiengericht.

Weitere Beratung erhalten Sie im Amt für Jugend und Familie – Beistandschaft, Weinbergweg 1, 91154 Roth, Tel: 09171 / 81 1226



## 5. Vorsorgedokumente

### Patientenverfügung:

- Nein  Ja (Original muss im Krankenhaus nachgereicht werden!)

In einer **Patientenverfügung** können Sie u.a. festlegen, ob oder in welcher Form lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Sie tritt dann in Kraft, wenn Sie Ihren Willen nicht mehr selbst äußern können.

Die Unterschrift und der Stempel des behandelnden Arztes sind dringend erforderlich.

Der **Pflegestützpunkt Roth** berät Sie gerne hierzu. Kontaktdaten finden Sie auf der Innenseite des Ordners.

### Vorsorgevollmacht:

- Nein  Ja (Original muss im Krankenhaus nachgereicht werden!)

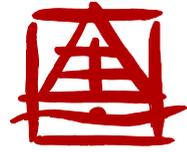
In einer **Vorsorgevollmacht** legen Sie fest, wer Sie im Falle einer Geschäftsunfähigkeit im rechtlichen Sinne vertreten darf.

Sie erteilen Ihrer Vertrauensperson eine Handlungsberechtigung.

Der **Pflegestützpunkt Roth** berät Sie gerne hierzu. Kontaktdaten finden Sie auf der Innenseite des Ordners.

Beglaubigung der Vorsorgevollmacht (bitte Personalausweis mitnehmen):  
**Gesundheitsamt Roth** – Betreuungsstelle, Westring 36, 91154 Roth,  
Tel: 09171 / 81 1601. Bitte vereinbaren Sie einen Termin!

Die beglaubigte Vorsorgevollmacht sollte bei Ihrer Bank vorgelegt werden, um zu klären, ob noch eine Bankvollmacht nötig ist. Bitte beachten Sie, dass Sie diese Vollmachten mit der Wirkung über den Tod hinaus erstellen. So können Sie auch nach dem Tod alles Nötige regeln.



## 5. Vorsorgedokumente

### Betreuungsverfügung:

- Nein  Ja (Original muss im Krankenhaus nachgereicht werden!)

In einer **Betreuungsverfügung** legen Sie eine Person fest, die im Falle Ihrer Geschäftsunfähigkeit für Sie durch das Amtsgericht Schwabach zur/zum gerichtlichen Betreuer\*in bestellt wird.

### Bestattungsvorsorgevertrag:

- Nein  Ja (liegt dem Ordner bei  
(nach diesem Blatt einheften))

### Testament:

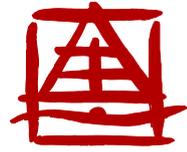
- Nein  Ja

Wenn ja, wo ist das Testament hinterlegt?

### Erbvertrag:

- Nein  Ja

Wenn ja, wo ist der Erbvertrag zu finden?



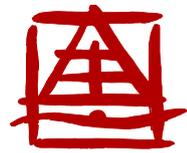
## 6. Finanzen

### Bankverbindungen:

Bank:	Anschrift:
Kontoart:	Telefon:
IBAN:	
Bankvollmacht für: Anschrift: Telefonnummer:	

Bank:	Anschrift:
Kontoart:	Telefon:
IBAN:	
Bankvollmacht für: Anschrift: Telefonnummer:	

Bank:	Anschrift:
Kontoart:	Telefon:
IBAN:	
Bankvollmacht für: Anschrift: Telefonnummer:	



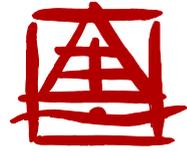
## **6. Finanzen**

### **Grundbesitz:**

Anschrift:
Eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes:
Ich bin Alleineigentümer*in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Ich bin Miteigentümer*in zusammen mit:

### **Grundbesitz:**

Anschrift:
Eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes:
Ich bin Alleineigentümer*in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Ich bin Miteigentümer*in zusammen mit:



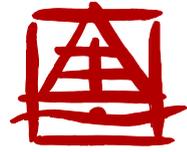
## **6. Finanzen**

### **Wohneigentum:**

Anschrift:
Eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes:
Ich bin Alleineigentümer*in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Ich bin Miteigentümer*in zusammen mit:

### **Wohneigentum:**

Anschrift:
Eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes:
Ich bin Alleineigentümer*in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Ich bin Miteigentümer*in zusammen mit:



## 6. Finanzen

### Verbindlichkeiten:

Darlehensgeber:
Anschrift:
Telefonnummer:

Darlehensgeber:
Anschrift:
Telefonnummer:

### Sonstiges:

z.B. Aktien, Wertpapiere, Erbengemeinschaften, Unternehmensbeteiligungen  
(bitte Aufbewahrungsort vermerken)

---

---

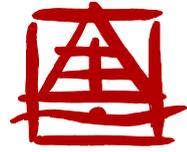
---

---

---

---

---



## **7. Rente / Versorgung**

### **Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer:**

Steuernummer:	Steuer-Identifikationsnummer:
---------------	-------------------------------

### **Rentenversicherungsträger:**

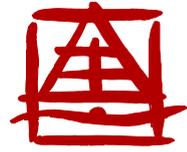
Name des Versicherungsträgers:	Anschrift:
Telefonnummer:	Versicherungsnummer:

### **Beamtenversorgung:**

Name des Beamtenversorgungs- trägers:	Anschrift:
Telefonnummer:	Versicherungsnummer:

### **Betriebsrente:**

Name des Betriebes:	Anschrift:
Telefonnummer:	Versicherungsnummer:



## 7. Rente / Versorgung

### Witwen- / Witwerrente:

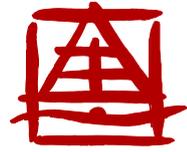
Name des Versicherungsträgers:	Anschrift:
Telefonnummer:	Versicherungsnummer:

### Zusatzrente:

Name des Versicherungsträgers:	Anschrift:
Telefonnummer:	Versicherungsnummer:

### Private Rentenversicherung:

Name des Versicherungsträgers:	Anschrift:
Telefonnummer:	Versicherungsnummer:



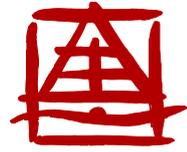
## 7. Rente / Versorgung

### **Riester Rente:**

Name des Versicherungsträgers:	Anschrift:
Telefonnummer:	Versicherungsnummer:

### **Riester Rente:**

Name des Versicherungsträgers:	Anschrift:
Telefonnummer:	Versicherungsnummer:



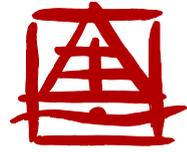
## **8. Verträge**

**Mietvertrag, Strom, Gas, Wasser, Telefon, Internet, GEZ, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher etc.**

Vertragsgegenstand:	Vertrags- / Kundennummer:
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Vertragsgegenstand:	Vertrags- / Kundennummer:
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Vertragsgegenstand:	Vertrags- / Kundennummer:
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

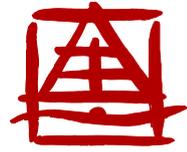


## 8. Verträge

Vertragsgegenstand:	Vertrags- / Kundennummer:
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Vertragsgegenstand:	Vertrags- / Kundennummer:
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Vertragsgegenstand:	Vertrags- / Kundennummer:
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

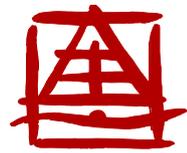


## 8. Verträge

Vertragsgegenstand:	Vertrags- / Kundennummer:
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Vertragsgegenstand:	Vertrags- / Kundennummer:
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Vertragsgegenstand:	Vertrags-/ Kundennummer
Name des Vertragspartners:	Anschrift:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:



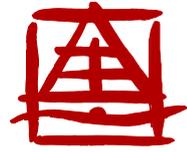
## 9. Mitgliedschaften

### Gewerkschaften / Verbände:

Name:	Mitgliedsnummer:
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Name:	Mitgliedsnummer:
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Name:	Mitgliedsnummer:
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:



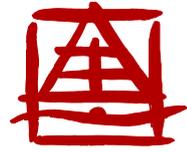
## 9. Mitgliedschaften

### Vereine:

Name:	Mitgliedsnummer:
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Name:	Mitgliedsnummer:
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Name:	Mitgliedsnummer:
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:



## **10. Kennwörter / Passwörter / Nutzerkonten im Internet**

### **Kennwörter und Zugangscodes**

Bitte erstellen Sie eine Liste mit den von Ihnen genutzten Geräten mit Kennwörtern oder Zugangscodes. Mögliche Geräte sind beispielsweise: Mobiltelefon, Laptop, PC, Safe etc.

Bitte erstellen Sie zudem eine Liste mit den von Ihnen genutzten digitalen Anbietern und Ihren jeweiligen Zugangsdaten.

Z.B. E-Mail bei web.de, Ebay Kleinanzeigen, Prämiensysteme, Onlinespiele, Apps etc.

Bitte bewahren Sie diese Listen an einem separaten Ort auf. Legen Sie sie nicht in den Dokumentenordner. Informieren Sie Ihre Angehörigen / Bevollmächtigten, wo sie zu finden ist.

### **Eine Anregung, wie Sie diese Liste gestalten können:**

#### **E-Mail-Dienste:**

Anbieter / Internetadresse: \_\_\_\_\_

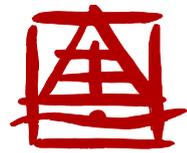
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Nutzername / Passwort: \_\_\_\_\_

Diese Vorlage können Sie auch anwenden für Konten bei:

- Versandhandel
- Soziale Netzwerke
- Bezahldienste
- Weiteres

Es ist grundsätzlich ratsam, eine Vollmacht zu erstellen, wer sich wie um Ihr digitales Erbe kümmern soll. Diese am besten handschriftlich verfassen, mit einem Datum versehen und unterschreiben. Wichtig dabei ist der Passus: „über den Tod hinaus“.



## 11. Zu guter Letzt

### Notwendige Unterlagen im Sterbefall:

<b>Geburtsurkunde</b>	Urkunde liegt dem Ordner bei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein oder Aufbewahrungsort:
<b>Heiratsurkunde</b>	Urkunde liegt dem Ordner bei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein oder Aufbewahrungsort:
<b>Sterbeurkunde des Partners</b>	Urkunde liegt dem Ordner bei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein oder Aufbewahrungsort:
<b>Scheidungsurteil</b>	Urteil liegt dem Ordner bei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein oder Aufbewahrungsort:

Meine Bestattung stelle ich mir wie folgt vor:

(Ort, Art der Bestattung, Ablauf, Trauerkleidung, Trauerredner, Musik etc.)  
Bitte bei Bedarf ein zusätzliches Blatt einlegen.

---

---

---

## **11. Zu guter Letzt**

### **Zur Information:**

Es gibt zwei Formen der Bestattung: Erdbestattung und Feuerbestattung.

Eine Erdbestattung umfasst einen Sarg auf einem Friedhof.

Nach einer Feuerbestattung kann die Urne unterschiedlich aufbewahrt werden: Entweder auf dem Friedhof (Urnenfeld, Wand, etc.), in einem Friedwald unter einem Baum oder sie wird ins Meer gegeben (Seebestattung).

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit eines Bestattungs-Vorsorgevertrages.

In diesem kann geregelt werden, wie der Ablauf der Beerdigung sein soll; welche Art der Bestattung Sie wünschen, welchen Friedhof, Blumenschmuck, Musik, Religiösen Beistand etc. Sie wünschen.

Dieser Vertrag wird mit einem Bestattungsunternehmen geschlossen. Entweder wird der Betrag auf einmal oder in Raten bezahlt. Weitere Informationen erhalten Sie bei Bestattungsunternehmen.

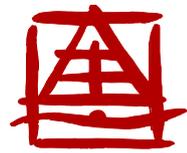
### **Weitere Information: Körperspende**

Es besteht zudem die Möglichkeit, den Körper an ein Institut für Anatomie einer Universität zu spenden. Diese Spende hat verschiedene Voraussetzungen unter denen sie möglich ist. Auch ist sie teilweise kostenfrei und teilweise muss eine Gebühr entrichtet werden.

Die Einzelheiten unterscheiden sich je nach Institut.

Eine Übersicht aller Universitäten finden Sie im Internet.

Kontakt der Universität Erlangen: 09131 / 85 222 65.



## 11. Zu guter Letzt

### Checkliste für Angehörige nach dem Todesfall:

#### Erste Schritte nach Eintreten des Todes:

- (Haus)Arzt rufen zur Untersuchung und Erstellung des Totenscheins (nur bei Sterbefällen zu Hause). Falls dieser nicht erreichbar ist, den Notarzt unter 112 oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117 anrufen (Totenschein wird ausgestellt).
  
- Benachrichtigung der engsten Angehörigen (siehe auch Kapitel 2).
  
- Prüfen, ob eine Bestattungsverfügung oder/und ein Bestattungsvorsorgevertrag mit einem Bestattungs- Institut vorhanden ist. Wenn nicht: Kontaktieren von Bestattungsunternehmen und Einholung von Angeboten.
  
- Ordner mit allen wichtigen Bestattungsdokumenten anlegen:

	Personalausweis	Geburtsurkunde	Heiratsurkunde / Familienbuch	Sterbeurkunde	Scheidungsurteil
Für Ledige	✓	✓			
Für Verheiratete	✓	✓	✓		
Für Verwitwete	✓	✓	✓	✓	
Für Geschiedene	✓	✓	✓		✓

## **11. Zu guter Letzt**

### In den ersten 36 Stunden:

- Wohnung versorgen (Haustiere und Pflanzen).
- Überführung des Leichnams veranlassen.
- Liste mit Personen anfertigen, die zur Bestattung eingeladen werden sollen.
- Ggf. Auswahl eines Bestattungsunternehmens und Absprache, welche Aufgaben übernommen werden sollen.
- Gegebenenfalls Kontakt zum Pfarramt / Religionsgemeinschaft herstellen;  
Adresse und Telefonnummer für den Angehörigen:

---

### In den ersten 72 Stunden:

- Information des zuständigen Standesamtes am Sterbeort und Beantragung der Beurkundung. Dafür benötigen Sie:
  - Personalausweis der verstorbenen Person
  - Todesbescheinigung
  - Bei nichtverheirateten Personen die Geburtsurkunde, bei verheirateten, die Eheurkunde oder bei geschiedenen Personen das Scheidungsurteil

Adresse und Telefonnummer des zuständigen Standesamtes für den Angehörigen: \_\_\_\_\_

---

## **11. Zu guter Letzt**

- Meldung des Todesfalls bei der Kranken- und Rentenversicherung  
(Beachten Sie hierzu Kapitel 7 Rente)
- Beantragung der Hinterbliebenenrente
- Gegebenenfalls den Arbeitgeber informieren

### **Vor der Bestattung:**

- Ggf. Kontakt zum Pfarramt / Religionsgemeinschaft herstellen; Tag der Beisetzung sowie die Lage des Grabes mit der Friedhofsverwaltung festlegen; Adresse, Ansprechpartner\*in und Telefonnummer:

---

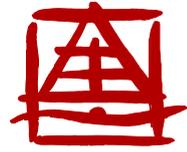
---

- Todesanzeige und gegebenenfalls Danksagungen bei der Zeitung aufgeben
- Falls Todesfall im Krankenhaus stattfand, Kleidung und persönliche Gegenstände abholen
- Lebensversicherung / Sterbeversicherung kontaktieren, um eine Auszahlung zu beantragen; Versicherungsgesellschaft, Adresse und Telefonnummer:

---

---

---



## **11. Zu guter Letzt**

- Nachlassgericht kontaktieren (Nicht amtliches Testament einreichen, 10-15 Erbscheine beantragen); Adresse und Telefonnummer des zuständigen Amtsgerichts: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Ggf. Danksagungskarten beauftragen
  
- Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Strom, Telefon, Mobiltelefon, Rundfunk- und Fernsehgebühren, Internet, Gas, etc. Beachten Sie hierzu auch Kapitel 4. Versicherungen und Kapitel 8 Verträge)
  
- Mündliche oder schriftliche Mitteilung an die Vereine, bei denen die verstorbene Person Mitglied war (siehe auch Kapitel 9 Mitgliedschaften)
  
- Meldung des Todesfalls bei Organisationen, Banken und der Post (siehe Kapitel 6 Finanzen)
  
- Abmeldung beim Sozialamt, Versorgungsamt
  
- Gegebenenfalls Abmeldung des Autos, Motorrades etc.

## **11. Zu guter Letzt**

### Nach der Bestattung:

- Verbleib von Kleidung / Gegenständen der verstorbenen Person klären.
- Antrag auf Rentenfortzahlung (1/4 Jahr) beim Rententräger stellen.
- Finanzamt kontaktieren (Steuererklärung, Abmeldung KFZ Steuer).
- Ggf. Grabgestaltung / Grabpflege organisieren oder selbst übernehmen.
- Ggf. Steinmetz für Grabmal kontaktieren.
- Ggf. Räumung der Wohnung.

Bei der Erstellung des Notfallordners haben wir versucht, alle notwendigen Informationen für den Notfall zusammen zu fügen.

Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, da dieser Notfallordner individuell zu gestalten ist.

Trotzdem kann es sein, dass Ihnen etwas aufgefallen ist, was fehlt.

Gerne können Sie uns konstruktive Vorschläge zukommen lassen, die bei der nächsten Überarbeitung eingefügt werden können.

Eine Rückmeldung senden Sie bitte an:

### **Landratsamt Roth**

Senioren und Soziales

Carmen Fuhrmann      [carmen.fuhrmann@landratsamt-roth.de](mailto:carmen.fuhrmann@landratsamt-roth.de)

Gerhard Kunz            [gerhard.kunz@pfligestuetzpunkt-roth.de](mailto:gerhard.kunz@pfligestuetzpunkt-roth.de)

Weinbergweg 1

91154 Roth