



# NOTFALLMAPPE

**für**

**Name**

---

**Vorname**

---

**Geburtsdatum**

---

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	3
Persönliche Daten, Im Notfall zu benachrichtigen .....	4
Hausarzt, andere Ärzte, Apotheke, ambulanter Pflegedienst .....	5
Wichtige Rufnummern .....	6
Krankenversicherung.....	7
Medizinische Daten .....	8
Versicherungen .....	11
Vermögen und Finanzen .....	14
Renten.....	18
Mitgliedschaften, Abonnements.....	19
Bestehende Verträge.....	20
Erste Schritte bei einem Todesfall .....	21
Nachlassangelegenheiten .....	22
Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung .....	23
Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung .....	24
Notizen .....	26

## IMPRESSUM

**1. Auflage 2019**

**Redaktion und Herausgeber:**

Gemeinde Harrislee  
Der Bürgermeister  
Süderstr. 101, 24955 Harrislee  
Tel.: 0461 7060  
Fax: 0461 706173  
E-Mail: [info@gemeinde-harrislee.de](mailto:info@gemeinde-harrislee.de)  
Internet: [www.harrislee.de](http://www.harrislee.de)

## VORWORT

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

„Vorsicht ist besser als Nachsicht“, sagt der Volksmund. Und wie leicht kann jeder von uns, durch Unfall oder Krankheit, in eine Situation kommen, in der schnell gehandelt werden muss. Deshalb ist es für uns alle wichtig, Vorsorge zu treffen und für den Ernstfall vorbereitet zu sein. Dies schafft nicht nur Sicherheit für einen selbst, sondern auch für unsere Angehörigen.

Dafür ist diese Notfallmappe gedacht. In ihr können Sie Ihre wichtigsten Adressen, Telefonnummern und Informationen für den Notfall übersichtlich und nach Themen geordnet eintragen. Aber auch Angaben über Erkrankungen, Medikamente und behandelnde Ärzte finden in diesem Heft Platz.

Dies alles kann Ihnen helfen, im gesundheitlichen Ernstfall schnell alle wesentlichen Informationen griffbereit zu haben. Im Grunde aber wünschen wir Ihnen, dass Sie diese Notfallmappe nie brauchen werden. Bleiben Sie gesund!



Bürgermeister/borgmester  
Martin Ellermann

Kære medborgere,

„Forebyggelse er bedre end helbredelse“, siges det. Vi alle kan uforventet komme ud for et uheld, en pludselig sygdom, eller en anden situation, der kræver omgående handling. Det er derfor vigtigt at forebygge og at være forberedt på sådanne situationer. På den måde skaber du ikke kun tryghed for dig selv, men også for dine pårørende.

Det skal denne akutmappe hjælpe med. Heri kan du notere dine vigtigste adresser, telefonnumre og andre informationer, der er relevante i akut- eller nødsituationer, i en overskuelig form. Derudover kan mappen også tjene til at arkivere oplysninger omkring sygdomme, medikamenter og behandlende læger.

På den måde samles alle de relevante oplysninger, der er brug for i en akutsituation, i overskuelig form. Selvfølgelig ønsker vi for dig, at du aldrig for brug for denne mappe. Du ønskes godt helbred!



Bürgervorsteher/borgerforstander  
Heinz Petersen

## PERSÖNLICHE DATEN

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon (Festanschluss)	Telefon (Handy)
E-Mail	Konfession
Familienstand	Steuer-Identifikationsnummer
Ehegatte: Name, Vorname, evtl. früherer Name	

## IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	E-Mail
Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon	E-Mail

## HAUSARZT

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

## ANDERE ÄRZTE, BEI DENEN ICH IN BEHANDLUNG BIN:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Praxis

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Praxis

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Praxis

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefon

## APOTHEKE

\_\_\_\_\_  
Name der Apotheke

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

## AMBULANTER PFLEGEDIENST

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

## WICHTIGE RUFNUMMERN

Polizei (Notruf, Überfall, Verkehrsunfall).....	110
Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt.....	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst.....	116 117
Zahnärztlicher Notdienst	04621 5499945
Apotheken-Notdienst.....	0800 0022833
Giftnotrufzentrale.....	0551 19240
Telefonseelsorge (evangelisch).....	0800 1110111
Telefonseelsorge (katholisch).....	0800 1110222
Opfer-Telefon des „Weißen Rings“ .....	116 006
PflegeNotTelefon.....	0180 2494847
Verbraucherzentrale.....	0461 28604
EC – Kartensperrung.....	116 116
Behördenrufnummer.....	115
Gemeindeverwaltung Harrislee.....	0461 7060
Polizeistation Harrislee.....	0461 707095

### Wichtige Angaben für Rettungsdienst, Notarzt, Krankentransport:

- **Wer** ruft an?
- **Wo** ist etwas geschehen?
- **Was** ist geschehen?
- **Wie viele** Personen sind betroffen?
- **Welche** Art von Verletzung/Erkrankung liegt vor?
- **Warten** auf Rückfragen!

Verbleiben Sie so lange am Telefon, bis die Einsatzzentrale das Gespräch beendet hat. Das absichtliche oder wissentliche Absetzen eines unbegründeten Notrufes (auch ein einfacher Hilferuf) stellt in Deutschland eine Straftat dar (§ 145 StGB). Die Person muss ferner Schadensersatz an die beteiligten Organisationen u. a. leisten.

# KRANKENVERSICHERUNG

## Gesetzliche Krankenkasse

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich: \_\_\_\_\_

## Private Krankenkasse/Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich: \_\_\_\_\_

## Private Pflegeversicherung/Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Sitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Nr. der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich: \_\_\_\_\_

## MEDIZINISCHE DATEN

### Blutgruppe

---

### Impfungen

ja  nein

Impfbuch vorhanden

ja  nein

Impfbuch befindet sich:

---

Impfungen gegen

---

### Allergien

ja  nein

Allergiepass vorhanden

ja  nein

Allergiepass befindet sich:

---

Allergien gegen:

---

### Diabetes

ja  nein

Insulin

ja  nein

Tabletten

ja  nein

Ausweis vorhanden

ja  nein

Ausweis befindet sich:

---



## MEDIZINISCHE DATEN

### Anfallsleiden

ja  nein

nähere Beschreibung:

---

---

---

### Implantate

ja  nein

Art des Implantats  
(z. B. Herzschrittmacher,  
Kniegelenk, Hüftgelenk,  
Auge, Zähne usw.)  
Allergien gegen:

---

---

---

### Transplantationen

ja  nein

Art der Transplantation  
und weitere Angaben

---

---

---

### Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.)

ja  nein

falls ja, welche:

---

---

---

## MEDIZINISCHE DATEN

### Organspendeausweis

ja  nein

Ausweis befindet sich:

---

---

### Schwerbehinderung

ja  nein

Grad der Behinderung:

---

Art der Behinderung:

---

### Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# VERSICHERUNGEN

## Lebensversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Sterbegeldversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Unfallversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

# VERSICHERUNGEN

## Rechtsschutzversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Kfz-Versicherungen

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Insassen-Unfallversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

# VERSICHERUNGEN

## Gebäudeversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Hausratversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Weitere Versicherungen

(z. B. Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Glasversicherung etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# VERMÖGEN UND FINANZEN

## Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grundbesitzes (z.B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. der Immobilie (z.B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

Art des Grundbesitzes (z.B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. Art der Immobilie (z.B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum des Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

# VERMÖGEN UND FINANZEN

## Girokonten

Girokonto-Nr. \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Girokonto-Nr. \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

## Sparkonten

Sparbuch/Konto-Nr. \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Das Sparbuch befindet sich \_\_\_\_\_

Sparbuch/Konto-Nr. \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Das Sparbuch befindet sich \_\_\_\_\_

Sparbuch/Konto-Nr. \_\_\_\_\_

bei der Bank \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Das Sparbuch befindet sich \_\_\_\_\_

# VERMÖGEN UND FINANZEN

## weitere Konten

bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Kontoart \_\_\_\_\_

## Bausparverträge

Nr. \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Die Unterlagen befinden sich \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Die Unterlagen befinden sich \_\_\_\_\_

## Wertpapiere, Aktien usw., sonstige Vermögensgegenstände

---

---

---

---

## Bankschließfach

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Schließfachnummer: \_\_\_\_\_

Außer mir ist verfügungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Der Schlüssel befindet sich \_\_\_\_\_



# VERMÖGEN UND FINANZEN

## Kontovollmachten

Ich habe für folgende Konten Vollmacht über den Tod hinaus ausgestellt auf:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_

bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_

bei Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Die Vollmacht/en befindet/n sich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Verbindlichkeiten

Darlehensgeber \_\_\_\_\_

Betrag \_\_\_\_\_

Fälligkeit \_\_\_\_\_

Tilgung \_\_\_\_\_

Die Unterlagen befinden sich \_\_\_\_\_

Darlehensgeber \_\_\_\_\_

Betrag \_\_\_\_\_

Fälligkeit \_\_\_\_\_

Tilgung \_\_\_\_\_

Die Unterlagen befinden sich \_\_\_\_\_

## RENTEN

### Altersrente/Erwerbsminderungsrente

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Betriebsrente/Zusatzrente

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Witwen-/Witwerrente

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Private Rentenversicherung und Riesterrente

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende  
Behörde: \_\_\_\_\_

Personalnummer/  
Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## MITGLIEDSCHAFTEN, ABONNEMENTS

### Mitgliedschaften bei folgenden Vereinen und Organisationen:

Mitglied bei \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Mitglied bei \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Mitglied bei \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Mitglied bei \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

### Abonnements von Zeitungen, Zeitschriften etc.

Abonnement für \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Abonnement für \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Abonnement für \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

### Rundfunk und Fernsehen

\_\_\_\_\_  
Beitragskonto-Nummer beim ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservice (früher GEZ)

# BESTEHENDE VERTRÄGE

## Telefon und Internet

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

## Strom/Gas

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

## Wasser

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

## Sonstige

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

## ERSTE SCHRITTE BEI EINEM TODESFALL

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen:

### Todesfall zu Hause

- (Haus)Arzt benachrichtigen, der den Todesschein ausstellt
- nächste Angehörige benachrichtigen

### Egal, ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht, folgende Unterlagen sind unverzichtbar:

- Personalausweis oder Reisepass
- Totenschein
- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde
- ggf. Scheidungsurteil
- ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
- Krankenversicherungskarte
- Versicherungspolicen (Lebens-, Sterbegeld- und Unfallversicherung)
- Post-/Bankvollmacht über den Tod hinaus
- Mitteilung der letzten Rentenanpassung
- falls vorhanden, Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag

### Folgende Formalitäten sind zu erledigen (sofern nicht durch Bestatter erledigt):

- ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
- Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
- Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde

- Beantragung des Erbscheines beim zuständigen Amtsgericht (ggf. Testament vorlegen)
- Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.
- Abmeldung von Abonnements (Zeitung, Zeitschriften etc.), Vereinen und Verbänden
- Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen
- ggf. Haushaltsauflösung veranlassen

### **Zu organisieren sind (sofern nicht durch den Bestatter erledigt):**

- Art und Durchführung der Bestattung
- Überführung des Leichnams durch den Bestatter (Sterbeurkunden beifügen)
- Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
- Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

## **NACHLASSANGELEGENHEITEN**

Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben. Dort muss auch bei Bedarf der Erbschein beantragt werden.

Mein Testament ist hinterlegt bei \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VORBEREITENDE MAßNAHMEN FÜR EINE KRANKENHAUS-EINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten.
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).
- ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- bisher einzunehmende Medikamente und aktueller Medikamentenplan
- Personalausweis
- Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen

### Notizen:

---

---

---

# VORSORGEVOLLMACHT / BETREUUNGSVERFÜGUNG / PATIENTENVERFÜGUNG

## Vorsorgevollmacht (Definition siehe nächste Seite)

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine Vorsorgevollmacht errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Email \_\_\_\_\_

## Betreuungsverfügung (Definition siehe nächste Seite)

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine Betreuungsverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Email: \_\_\_\_\_

## Patientenverfügung (Definition siehe nächste Seite)

Ich habe am \_\_\_\_\_ eine Patientenverfügung errichtet.

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Ein weiteres Exemplar befindet sich bei folgender Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Email: \_\_\_\_\_



# VORSORGEVOLLMACHT / BETREUUNGSVERFÜGUNG / PATIENTENVERFÜGUNG

Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen sind Möglichkeiten zur Wahrung der Selbstbestimmung für den Fall, dass eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit eintritt.

- Eine **Vorsorgevollmacht** ist eine privatrechtliche Vereinbarung zwischen dem Vollmachtgeber und einer Vertrauensperson (Vollmachtnehmer). Durch sie kann die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung ganz oder teilweise vermieden werden, wenn diese präzise erstellt wurde. Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Dokument in die Lage versetzt, den Vollmachtgeber in den übertragenen Aufgabenkreisen rechtsverbindlich zu vertreten.
- Die **Betreuungsverfügung** ist ebenfalls eine schriftliche vorsorgende Verfügung. Sie können mit dieser bestimmen, wer im Bedarfsfall mit Ihrer Betreuung beauftragt werden soll, oder wer für diese Aufgabe auf keinen Fall in Frage kommt. Ihre diesbezüglichen Wünsche hat das Gericht bei der Betreuerauswahl zu berücksichtigen. Die Betreuungsverfügung kann im Rahmen der Vorsorgevollmacht, oder auch einzeln erteilt werden.

Beachten sollten Sie, dass eine Vollmacht oder eine Betreuungsverfügung nur so lange erteilt werden kann, wie der Vollmachtgeber den Sinn der Vollmacht und seine Rechtsfolgen erfassen kann.

Um eine hohe Akzeptanz zu erreichen, empfehlen wir die Unterschriften öffentlich beglaubigen zu lassen. Öffentliche Beglaubigungen auf Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen dürfen Notare und berechtigte Mitarbeiter der Betreuungsbehörde vornehmen.

- In einer **Patientenverfügung** können Sie schriftlich für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchten. Die Patientenverfügung richtet sich also in erster Linie an den Arzt und das Behandlungsteam. Wir empfehlen die Patientenverfügung nach Rücksprache mit dem Arzt Ihres Vertrauens zu erstellen.

**Weiterführende Informationen und fachkundige Beratung** erhalten Sie bei folgenden Stellen:

- Kreis Schleswig Flensburg, Betreuungsamt, Moltkestr. 25, 24837 Schleswig  
Tel.: 04621 48122832
- Betreuungsverein Schleswig und Umgebung e. V., Lutherstr. 2, 24837 Schleswig  
Tel.: 04621 99680

