

Was ist, wenn...

Ein Nachschlagewerk für Angehörige

Vorwort

Im Lauf unseres Lebens sammeln wir nicht nur viele Erinnerungen, sondern auch Daten. Manche davon merken wir uns, andere brauchen wir eher selten, wir müssen nachschlagen. Doch was ist, wenn wir aus ganz unterschiedlichen Gründen nicht selbst die notwendigen Dokumente herausfinden können, sondern jemand anderes in einem Ernstfall Zugriff darauf braucht?

Wenn dieser Fall der Fälle eintritt, gilt es für die Anhörigen oder Vertrauenspersonen ganz viel zu organisieren. Umso sinnvoller ist es, unsere gesammelten Daten kompakt in einem Nachschlagewerk zu bündeln. „Was ist, wenn...“ soll Ihnen helfen, Ihr „Hab und Gut“ aufzulisten, um Ihren Angehörigen im Ernstfall aufzuzeigen, was Ihnen als Betroffener wichtig ist, was zu beachten und zu tun ist und natürlich auch, wer zu verständigen.

Und weil sich manche Daten im Lauf der Zeit ändern, ist dieses Kompendium als pdf-Formular angelegt. Das heißt, Sie können ganz einfach immer wieder Dinge ergänzen oder aktualisieren. Dafür benötigen Sie lediglich einen pdf-Reader⁷ mit Ausfüllfunktion für Formulare. Und: Sie können auf jedem Ausgabegerät die Notfall-Mappe aufrufen, speichern und natürlich auch an Ihre Vertrauenspersonen weiterleiten. Selbstverständlich können Sie die Dokumente auch ausdrucken.

Sie werden rasch merken, das Dokument ist sehr umfangreich. Das Ausfüllen nimmt Zeit in Anspruch und ist mitunter vielleicht mühsam. Aber es ist eine gut angelegte Investition. Daher unser Tipp: Arbeiten Sie sich peu à peu durch die Unterlagen, Genauigkeit geht hier vor Schnelligkeit. Und immer, wenn sich etwas ändert, können Sie es ganz einfach korrigieren oder persönliche Ergänzungen im Anhang nachtragen. Wir haben uns bemüht, auf alle Eventualitäten des Lebens einzugehen, aber vielleicht sind Ihnen noch ganz andere Dinge wichtig. Dafür ist am Ende genug Platz. Sie können auch auf einzelne Punkte im Dokument verweisen (z.B. unter Angabe der Seitennummer).

Speichern Sie das pdf an einem sicheren Ort, da hier sehr persönliche Dinge erfasst werden. Machen Sie im Laufe der Zeit immer wieder einen Ausdruck nach getätigten Änderungen und Ergänzungen und heften Sie die Papierform in einen auffallenden Ordner bei sich zuhause ab. „Was ist, wenn...“ entbindet aber nicht von weiterführenden Vollmachten und Verfügungen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht⁷ oder Betreuungsverfügung. Diese finden Sie auf den Internetseiten der Bundesnotarkammer⁷. Hintergrundinformationen und Erläuterungen bietet auch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz⁷.

Wer nicht über die Möglichkeit verfügt, die Seiten am PC oder Tablet auszufüllen, kann selbstverständlich auch das Dokument blanko ausdrucken und handschriftlich seine Angaben machen. Helfen Sie Ihren Angehörigen schnell und unkompliziert. Das hilft allen Beteiligten einen Ernstfall einfacher zu bewerkstelligen, ohne sich mit Suchen nach wichtigen Informationen aufzuhalten.

Herzliche Grüße und viel Erfolg beim Ausfüllen der Dokumente
Frank Hellriegel

P.S. Für Fragen und Anregungen schreiben Sie mir gerne eine Mail an work@medien-atelier.com⁷

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Persönliche Angaben – ich und meine Familie..... | 7 |
| Meine Daten | 7 |
| Meine Familie..... | 7 |
| Kinder..... | 8 |
| Enkelkinder..... | 9 |
| Weitere Verwandte..... | 10 |
| Vertrauenspersonen | 10 |
| Lebensereignisse | 12 |
| Lebenslauf | 12 |
| Meine Ärzte und Apotheken | 14 |
| Hausarzt..... | 14 |
| Fachärzte..... | 14 |
| Apotheke | 15 |
| Ambulante ärztliche Behandlungen des Hausarztes und der Fachärzte | 15 |
| Zahnarzt..... | 15 |
| Psychiatrische und sonstige Behandlungen | 16 |
| Allergien..... | 16 |
| Implantate, Prothesen, Beeinträchtigungen..... | 16 |
| Klinische stationäre Behandlungen | 17 |
| Einzunehmende Medikamente | 18 |
| Medizinische Ausweise | 20 |
| Vollmachten und Verfügungen..... | 20 |
| Informationen im Krankheits- oder Pflegefall..... | 25 |
| Allgemeines | 25 |
| Kranken- und Pflegeversicherung | 25 |
| Ambulanter Pflegedienst | 26 |
| Essen auf Rädern..... | 26 |
| Hausnotruf..... | 26 |
| Weitere Hilfen | 26 |
| Wunsch-Krankenhaus..... | 26 |
| Im Notfall beachten | 27 |
| Sofortige Benachrichtigung | 27 |
| Im Todesfall | 27 |
| Sofortige Benachrichtigung | 27 |
| Organspende..... | 28 |
| Weitere Schritte nach Todesfall | 28 |
| Weitere Benachrichtigungen | 31 |
| Weitere Versicherungen..... | 33 |
| Vermögensaufstellung..... | 35 |
| Mein Vermögen..... | 35 |
| Meine Verbindlichkeiten | 41 |
| Testament..... | 44 |
| Vorliegen eines Testaments | 44 |
| Testamentvollstreckung | 44 |
| Sonstiges | 45 |
| Fahrzeuge | 45 |
| Kabelfernsehen, Sky etc. | 45 |
| Post, Telefon, Kommunikation, Internet | 46 |
| Stromversorgung | 47 |
| Wasserversorgung..... | 47 |
| Öl- und Gasversorgung, Brennstoffhandel | 47 |
| Steuern..... | 48 |
| Weiteres (z. B. Abonnements, Mitgliedschaften)..... | 49 |
| Digitaler Nachlass | 50 |
| Nutzerkonten im Internet | 50 |
| Anlagen / Anhänge..... | 54 |

Kinder

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Weitere Angaben wie z.B. bei Kindern nicht verheirateter Eltern, Pflegekindern, annerkannte Vaterschaften, gemeinsames Sorgerecht etc.:

Enkelkinder

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Weitere Angaben:

Weitere Verwandte

Eltern, Geschwister, Neffen, Nichten

Name, Vorname: _____

Welche Art der Verwandtschaft: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Welche Art der Verwandtschaft: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Welche Art der Verwandtschaft: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Vertrauenspersonen

Bevollmächtigte, Freunde, Nachbarn, Rechtsanwalt, Steuerberater, Seelsorger etc.

Name, Vorname: _____

Welche Art der Beziehung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Welche Art der Beziehung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Welche Art der Beziehung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Welche Art der Beziehung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Welche Art der Beziehung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Welche Art der Beziehung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Weitere Angaben:

Meine Ärzte und Apotheken

Hausarzt

Name / Praxis: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Fachärzte

Name / Praxis / Facharzt für: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name / Praxis / Facharzt für: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name / Praxis / Facharzt für: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Weitere Angaben:

Apotheke

Name Apotheke / Apotheker /-in: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Ambulante ärztliche Behandlungen des Hausarztes und der Fachärzte

Chronische / akute Behandlung / Diagnose: _____

Behandelnder Arzt: _____ Praxis, Adresse wenn noch nicht angegeben:

in Behandlung seit: _____

Chronische / akute Behandlung / Diagnose: _____

Behandelnder Arzt: _____ Praxis, Adresse wenn noch nicht angegeben:

in Behandlung seit: _____

Chronische / akute Behandlung / Diagnose: _____

Behandelnder Arzt: _____ Praxis, Adresse wenn noch nicht angegeben:

in Behandlung seit: _____

Zahnarzt

Name / Praxis: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Psychiatrische und sonstige Behandlungen

Behandlungsgrund / Diagnose: _____

Behandelnder Arzt: _____ Praxis, Adresse wenn noch nicht angegeben:

in Behandlung seit: _____

Behandlungsgrund / Diagnose: _____

Behandelnder Arzt: _____ Praxis, Adresse wenn noch nicht angegeben:

in Behandlung seit: _____

Allergien

Pollenallergie: _____

Medikamentenallergie: _____

Insektenallergie: _____

Nahrungsmittel: _____

Weitere Allergien: _____

Implantate, Prothesen, Beeinträchtigungen

Ich habe folgende Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Gelenkprothesen etc.) und / oder besitze folgende Beeinträchtigungen / Einschränkungen:

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen bei: ja nein

Klinische stationäre Behandlungen

Name des Krankenhauses, Adresse: _____

Aufenthaltsgrund / Diagnose: _____

Aufenthaltsdatum: _____

Name des Krankenhauses, Adresse: _____

Aufenthaltsgrund / Diagnose: _____

Aufenthaltsdatum: _____

Name des Krankenhauses, Adresse: _____

Aufenthaltsgrund / Diagnose: _____

Aufenthaltsdatum: _____

Name des Krankenhauses, Adresse: _____

Aufenthaltsgrund / Diagnose: _____

Aufenthaltsdatum: _____

Name des Krankenhauses, Adresse: _____

Aufenthaltsgrund / Diagnose: _____

Aufenthaltsdatum: _____

Weitere Angaben: _____

Einzunehmende Medikamente

Gerinnungshemmer (Marcumar, Faltithrom etc.)

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Herz- und Kreislauf (Betablocker etc.)

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

sonstige Medikamente

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Medikament: _____

Einnahmezeit / Dosierung: _____

Einnahmehinweise vom Arzt: _____

Weitere Angaben:

Medizinische Ausweise

| | | | |
|--|-----------|----|------|
| Impfbuch: | vorhanden | ja | nein |
| liegt: _____ | | | |
| Schwerbehindertenausweis: | vorhanden | ja | nein |
| liegt: _____ | | | |
| Diabetiker-Ausweis: | vorhanden | ja | nein |
| liegt: _____ | | | |
| Marcumar-Ausweis: | vorhanden | ja | nein |
| liegt: _____ | | | |
| Allergie-Ausweis: | vorhanden | ja | nein |
| liegt: _____ | | | |
| sonstige Ausweise (Implantatausweis etc.): _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

Vollmachten und Verfügungen

Vorsorgevollmacht

| | | |
|---|----|------|
| Eine Vorsorgevollmacht habe ich erstellt | ja | nein |
| Sie liegt bei mir zu Hause (bitte genauen Verwehrort angeben - z. B. untere Schublade, im Schreibtisch) _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| oder | | |
| Sie liegt bei (Name, Adresse): _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Folgende Vertrauensperson wurde in meiner Vorsorgevollmacht

als **Vorsorgebevollmächtigte/-r** eingetragen:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Folgende Vertrauensperson wurde in meiner Vorsorgevollmacht

als **Ersatz-Vorsorgebevollmächtigte/-r** eingetragen:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Die von mir erstellte Vorsorgevollmacht

wurde beglaubigt: ja nein

vom Notar: ja nein

von der Betreuungsbehörde: ja nein

Die von mir erstellte Vorsorgevollmacht wurde beim

zentralen Vorsorgeregister registriert: ja nein

Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung habe ich erstellt: ja nein

Sie liegt bei mir zu Hause (bitte genauen Verwahrort angeben - z.B. untere Schublade, im Schreibtisch) _____

oder

Sie liegt bei (Name, Adresse): _____

Folgende Vertrauensperson wurde in meiner Betreuungsverfügung
als **Betreuungsperson** eingetragen:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Folgende Vertrauensperson wurde in der Betreuungsverfügung als Verhinderungs- bzw.
als **Ersatzbetreuer** eingetragen:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Die Betreuung wurde vom Betreuungsgericht angeordnet durch Beschluss vom:

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung habe ich erstellt: ja nein

Sie liegt bei mir zu Hause (bitte genauen Verwahrort angeben – z.B. untere Schublade, im Schreibtisch) _____

oder

Sie liegt bei (Name, Adresse): _____

Sie wurde zusammen mit der Vorsorgevollmacht und dem Namen des Bevollmächtigten in die Patientenakte meines Hausarztes eingetragen.

Name Hausarzt: _____

Besprochen am: _____

Zur Durchsetzung meiner Patientenverfügung habe ich einen Vorsorgebevollmächtigten eingesetzt. ja nein (siehe Punkt Vorsorgevollmacht)

Die von mir erstellte Patientenverfügung wurde beim

zentralen Vorsorgeregister registriert: ja nein

■ Hinweise zur Vorsorgevollmacht:

Die Unterschrift unter einer Vorsorgevollmacht kann durch einen Notar oder durch eine Betreuungsbehörde beglaubigt werden. Zusätzlich können Sie auch selber Ihre Unterschrift beglaubigen lassen, um späteren Zweifeln zur Unterschriftensetzung entgegen zu wirken.

Vorsorgevollmachten können auch beim Zentralen Vorsorgeregister (www.vorsorgeregister.de) registriert werden. Es wird dort zwar nicht die Vollmacht hinterlegt, sondern es wird nur registriert, dass eine Vollmacht erstellt wurde und wer als Bevollmächtigter eingetragen wurden ist. Das erleichtert Anfragen, z.B. durch das Amtsgericht.

Weiterführende Links:

Link: https://www.bmjv.de/DE/Service/Formulare/Formulare_node.html

Link: <https://www.bnotk.de/Buergerservice/Informationen/Vollmacht/index.php>

Link: <https://www.vorsorgeregister.de/vorsorgedokumente>

■ Hinweise zur Patientenverfügung:

Die Patientenverfügung sollte aller 2 Jahre überprüft und unter Angabe des Datums erneut unterschrieben werden. Änderungen sind nur im Original einzutragen. Der Hausarzt kann zusätzlich die Einwilligungsfähigkeit bestätigen.

Bankvollmachten

■ *Wichtiger Hinweis:*

In den Banken und Sparkassen gibt es extra Formulare. Bankfremde Formulare werden von den meisten Geldinstituten nicht akzeptiert. Hier sollen nur die Namen der Kontobevollmächtigten eingetragen werden. Diese Angaben dienen nicht zur Erteilung einer Bankvollmacht.

Geldinstitut 1

Name: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Für dieses Konto ist Bevollmächtigte/-r:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geldinstitut 2

Name: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Für dieses Konto ist Bevollmächtigte/-r:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Weitere Bevollmächtigte, insbesondere für Geldinstitute im Ausland:

Informationen im Krankheits- oder Pflegefall

Allgemeines

Ich bin gesetzlich krankenversichert

privat krankenversichert

Ich habe eine Befreiung der Rezeptgebühr: ja nein

Ich habe eine Zusatzversicherung: ja nein

Versicherung: _____

Folgende Pflegestufen wurden bewilligt: _____

Die Versicherungskarte liegt: _____

Kranken- und Pflegeversicherung

gesetzliche / private Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Versicherung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Versicherungsnummer: _____

Ambulanter Pflegedienst

Name des Dienstes und Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

tätig seit: _____

Essen auf Rädern

Name des Anbieters und Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

tätig seit: _____

Hausnotruf

Name des Anbieters und Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Anlagentyp: _____

Zusatzeinrichtung: _____

Weitere Hilfen

Ich beziehe weitere Hilfen (z.B. Haushaltshilfen): ja nein

Name des Anbieters und Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Wunsch-Krankenhaus

Name des Krankenhauses: _____

Adresse: _____

Name behandelnder Arzt: _____

Station: _____

Telefon-Nr.: _____

Weitere Angaben: _____

Im Notfall beachten

Sofortige Benachrichtigung

Im Notfall sollen folgende Vertrauenspersonen sofort benachrichtigt werden. Die Namen und Adressen stehen unter dem Punkt „Daten von mir und meiner Familie“ ab Seite 7.

Ehegatte /-in

Lebenspartner

Kinder

weitere Personen: _____

Hausarzt / Name: _____

andere Ärzte / Name: _____

Folgende Personen oder Firmen sollen **nicht** benachrichtigt werden:

Im Todesfall

Sofortige Benachrichtigung

Im Todesfall sollen folgende Vertrauenspersonen sofort benachrichtigt werden. Die Namen und Adressen stehen unter dem Punkt „Daten von mir und meiner Familie“ ab Seite 7.

Ehegatte /-in

Lebenspartner

Kinder

weitere Personen: _____

Hausarzt / Name (Totenschein): _____

andere Ärzte / Name: _____

Folgende Personen oder Firmen sollen **nicht** benachrichtigt werden:

■ Hinweis:

Außerhalb der Sprechzeiten des Hausarztes sind der ärztliche Bereitschaftsdienst (bundesweite Tel.-Nr.: 116 117) oder auch Notarzt (Tel.-Nr.: 112) zuständig.

Organspende

Ich besitze einen Organspendeausweis, auf dem ich meine Bereitschaft erklärt habe:

ja nein

Ich bewahre ihn an folgender Stelle auf: _____

Weitere Schritte nach Todesfall

Standesamt

Standesamt der Stadt / Gemeinde: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Totenschein wurde abgegeben am: _____

Sterbeurkunde erhalten am: _____

Die Angehörigen sollen noch Folgendes beachten: _____

■ Hinweis:

Der Todesfall muss umgehend beim örtlichen Standesamt (Sterbeort) gemeldet werden und die Sterbeurkunde (möglichst mehrere Ausfertigungen) beantragt werden. Totenschein, Geburts- und ggf. Heiratsurkunde, bzw. Scheidungsurteil und Reisepass bzw. Personalausweis des Verstorbenen sind bei der Beantragung notwendig.

Bestatter

Ich habe bereits genaue Verfügungen für meine Bestattung getroffen und bei folgendem Bestatter hinterlegt.

Name des Bestattungsunternehmens: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.:

E-Mail: _____

Vertrag mit Beerdigungsinstitut liegt vor: ja nein

Folgendes ist bereits gezahlt (ggf. mit Rechnung und Quittung belegen):

Folgende Personen sollen **nicht** zur Trauerfeier eingeladen werden:

Ich bitte darum, dass _____ (Pfarrer / Trauerredner u. Ä.)
den Gottesdienst / die Trauerfeier hält.

Musikwünsche (i. d. R.3 Titel): _____

Weitere Gestaltungswünsche zur Trauerfeier: _____

Trauermahl / Trauerkaffee

Nach der Trauerfeier soll ein Trauermahl / -kaffee stattfinden: ja nein

Es soll hier stattfinden: _____

Folgende Personen sollen ausdrücklich **nicht** zum Trauermahl eingeladen werden:

Weitere ausführliche Wünsche, Stichpunkte

und Angaben liegen dieser Mappe bei: ja nein

Traueranzeige

Es soll eine Traueranzeige geschaltet werden: ja nein

Zeitung: _____

Textvorschlag: _____

Trauerkarte

Es soll eine Trauerkarte gedruckt werden: ja nein

Textvorschlag: _____

Diese soll an folgende Personen geschickt werden: _____

Ergänzungen liegen bei: ja nein

Sterbegeldversicherung

Es besteht eine Sterbegeldversicherung: ja nein

Versicherer: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Versicherungsnummer: _____

Weitere Banachrichtigungen

Im Todesfall soll mein Bevollmächtigter folgende weitere Personen oder Firmen über mein Ab-
leben informieren. Bestehende Vertragsverhältnisse sollen gekündigt werden. Alle Einzugs-
ermächtigungen müssen widerrufen werden.

Verwandte, Freunde, Bekannte

Adressen stehen im Adressbuch. Es liegt: _____

Arbeitgeber

Firma, Name: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Rentenversicherung, Beamtenversorgung

Name, Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Versicherungsnummer: _____

Versorgungsamt

Name, Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Versicherungsnummer: _____

Berufsgenossenschaft / Unfallkasse der öffentlichen Hand (gesetzl. Unfallversicherung)

Name, Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Firmenrente

Name, Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Versicherungsnummer: _____

Seniorenheim

Es besteht folgender Heimvertrag:

Name des Seniorenheimes: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Der Heimvertrag wurde geschlossen am: _____

Das Original liegt: _____

Weitere Versicherungen

Auf der Seite 25 (Kranken- und Pflegeversicherung) und auf Seite 31 (Sterbegeldversicherung) wurden schon Angaben zu bestehenden Versicherungen gemacht. Hier kommen Weitere.

Unfallversicherung

Name der Versicherung: _____

Ansprechpartner / Vertreter: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Versicherungsnummer: _____

Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung: _____

Ansprechpartner / Vertreter: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Versicherungsnummer: _____

Folgende Versicherungen wurden noch zusätzlich abgeschlossen:

Lebensversicherung

Hausratversicherung

Feuerversicherung

Gebäudeversicherung

Tierhalterhaftpflicht

Einbruch / Diebstahl

Elektronikversicherung

Sonstige: _____

Die Versicherungsunterlagen (Policen) befinden sich: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Vereine / Mitgliedschaften

Name des Vereins: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsnummer: _____

Name des Vereins: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsnummer: _____

Name des Vereins: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsnummer: _____

Name des Vereins: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsnummer: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Vermögensaufstellung

Mein Vermögen

Grundbesitz (ohne Wohnungseigentum)

Mein Grundbesitz: _____

ist eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes: _____

Adresse: _____

Ich bin Alleineigentümer/-in: ja nein, dann

bin ich Miteigentümer/-in zusammen mit: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Mein Grundbesitz: _____

ist eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes: _____

Adresse: _____

Ich bin Alleineigentümer/-in: ja nein, dann

bin ich Miteigentümer/-in zusammen mit: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Wohnungseigentum

Mein Grundbesitz: _____

ist eingetragen im Grundbuch des Amtsgerichtes: _____

Adresse: _____

Ich bin Alleineigentümer/-in: ja nein, dann

bin ich Miteigentümer/-in zusammen mit: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Bausparvertrag 2

Bausparinstitut: _____

Vertragsnummer: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Depots, Wertpapiere, Aktien usw.

Ich bin Inhaber folgender Depots.

Depot 1

Geldinstitut: _____

ggf. Inhalt: _____

Depotnummer: _____

Depot 2

Geldinstitut: _____

ggf. Inhalt: _____

Depotnummer: _____

■ *Hinweis:* Sie könnten die letzten Depotauszüge beifügen:

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Ausländische Bankkonten

Geldinstitut: _____

Kontonummer / Kennwort: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Geldinstitut: _____

Kontonummer / Kennwort: _____

Die Unterlagen befinden sich: _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Daueraufträge, Einzugsermächtigungen etc.

Es bestehen folgende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen etc. **zu meinen Gunsten.**

Von

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Von

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Von

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Von

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Von

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Urheberrechte

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Meine Verbindlichkeiten

Bankverbindlichkeiten

Es bestehen folgende Schulden, zu deren Sicherheit Hypotheken / Grundschulden ins Grundbuch eingetragen sind.

Darlehensgeber: _____

Gesamtbetrag: _____ Restbetrag: _____ Stand (Datum): _____

Rückzahlungsmodalitäten: _____

Darlehensgeber: _____

Gesamtbetrag: _____ Restbetrag: _____ Stand (Datum): _____

Rückzahlungsmodalitäten: _____

Darlehensgeber: _____

Gesamtbetrag: _____ Restbetrag: _____ Stand (Datum): _____

Rückzahlungsmodalitäten: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Unterhaltszahlungen

Ich leiste Unterhalt an folgende Personen.

Name: _____ Art der Beziehung: _____

Höhe d. Zahlung: _____ Zahlungsintervall: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name: _____ Art der Beziehung: _____

Höhe d. Zahlung: _____ Zahlungsintervall: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Daueraufträge, Einzugsermächtigungen u. Ä.

Es bestehen folgende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen u. Ä. (z. B. Miete, Strom, Internet, Telefon / Handy, Sparkonten, Mitgliedschaften usw.) **zu meinen Lasten.**

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Für

Name Person oder Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

bei Geldinstitut: _____

in Höhe von €: _____ Zahlungsintervall, z. B. mtl.: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Testament

Vorliegen eines Testaments

Ein Testament liegt vor: ja nein

Verwahrort: _____

Das Testament wurde von einem Notar errichtet: ja nein

Name des Notars: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Es ist hinterlegt bei: _____

Es ist beim Testamentsregister registriert: ja nein

■ Hinweis:

Testamente sollten immer handschriftlich (nicht am PC) verfasst werden. Sie müssen persönlich unterschreiben werden sowie Ort und Datum müssen angegeben sein. Bewahren Sie das Testament an einem leicht zugänglichen Ort auf. Ein notarielles Testament wird bei der Bundesnotarkammer (Zentrales Testamentregister unter: www.testamentregister.de) registriert.

Testamentvollstreckung

Zu meinem Testamentvollstrecker habe ich folgende Person bestimmt:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Der Testamentvollstrecker hat ebenfalls eine Kopie der Vorsorgevollmacht und kann diese vorlegen: ja nein

Weitere Angaben:

Sonstiges

Beachten Sie als Angehöriger, dass bei Kündigungen von Verträgen auch die Einzugsermächtigung widerrufen werden sollte.

Fahrzeuge

Ich bin Eigentümer folgender Fahrzeuge:

Fabrikat: _____ Kennzeichen: _____

Kfz-Haftpflichtversicherung bei: _____

Versicherungsnummer: _____

Fahrzeugpapiere / Fahrzeug-Brief liegt bei: _____

Fabrikat: _____ Kennzeichen: _____

Kfz-Haftpflichtversicherung bei: _____

Versicherungsnummer: _____

Fahrzeugpapiere / Fahrzeug-Brief liegt bei: _____

Fabrikat: _____ Kennzeichen: _____

Kfz-Haftpflichtversicherung bei: _____

Versicherungsnummer: _____

Fahrzeugpapiere / Fahrzeug-Brief liegt bei: _____

Kabelfernsehen, Sky etc.

Anbieterunternehmen: _____

Adresse: _____

Kundennummer: _____

Anbieterunternehmen: _____

Adresse: _____

Kundennummer: _____

Anbieterunternehmen: _____

Adresse: _____

Kundennummer: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Post, Telefon, Kommunikation, Internet

Post

Ich habe ein Postfach: ja nein

Postfachnummer: _____

Adresse: _____

Telefon (Festnetz)

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Telefon (Handy)

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Internet

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Stromversorgung

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Wasserversorgung

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Öl- und Gasversorgung, Brennstoffhandel

Unternehmen: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Kundennummer: _____

Steuern

Ich zahle **Einkommenssteuer**: ja nein

zuständiges Finanzamt: _____

Steuernummer: _____

Steuerunterlagen liegen: _____

Ich zahle **Lohnsteuer**: ja nein

zuständiges Finanzamt: _____

Steuernummer: _____

Steuerunterlagen liegen: _____

Ich zahle **Umsatzsteuer**: ja nein

zuständiges Finanzamt: _____

Steuernummer: _____

Steuerunterlagen liegen: _____

Ich zahle **Gewerbsteuer**: ja nein

zuständiges Finanzamt: _____

Steuernummer: _____

Steuerunterlagen liegen: _____

Ich zahle **Kfz-Steuer**: ja nein

zuständiges Finanzamt: _____

Steuernummer: _____

Steuerunterlagen liegen: _____

Ich zahle **Hundesteuer**: ja nein

zuständiges Finanzamt: _____

Steuernummer: _____

Steuerunterlagen liegen: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein

Weiteres (z. B. Abonnements, Mitgliedschaften)

Ich habe weitere Mitgliedschaften, wie z. B. Fitnessstudio, Club, Bibliotheken, Zugangsberechtigungen, Abonnements von Zeitschriften etc.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Digitaler Nachlass

Nutzerkonten im Internet

Hier sind alle Konten und Registrierungen im Internet aufgeführt. Darunter zählen z. B. Google- / Apple- / Samsung-Konten, Soziale Netzwerke wie Facebook, Instagram, E-Commerce wie z.B. Versandhäuser, Bezahldienste, Bestellplattformen usw.

E-Mail-Dienste / Mailkonten

Anbieter: _____ Webadresse: _____

E-Mailadresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

E-Mailadresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

E-Mailadresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

E-Mailadresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Soziale Netzwerke

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

E-Commerce (Versandhandel, Bestellplattformen etc.)

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Social Network, Messenger

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Cloud-Dienste

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Spieleplattformen, e-Sports, Mitgliedschaften, weitere Registrierungen

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Anbieter: _____ Webadresse: _____

Login-Adresse: _____

Benutzername: _____ Passwort: _____

Zugänge und Passwörter div. Ausgabegeräte (Handy, Tablet etc.)

Handy: _____ Sperrcode: _____

Handy: _____ Sperrcode: _____

Tablet: _____ Sperrcode: _____

Konsole: _____ Sperrcode: _____

Computer-PC: _____ Sperrcode: _____

Computer-PC: _____ Sperrcode: _____

Stand der Auflistung: _____

Ergänzende Angaben (Anhang) liegen dieser Mappe bei: ja nein



© „Was ist, wenn...“

1. Ausgabe, 2020

Herausgeber: Frank Hellriegel, MEDIENATELIER

Kontakt:

MEDIENATELIER | Klebendorfer Straße 1 | 04425 Taucha

+49 (0)34298.15 96 63 | work@medien-atelier.com | www.medien-atelier.com

Das vorliegende Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Übersetzung, des Vortrags, der Reproduktion, der Vervielfältigung auf fotomechanischem oder anderen Wegen und der Speicherung in elektronischen Medien. Ungeachtet der Sorgfalt, die auf die Erstellung von Texten und Abbildungen verwendet wurde, können weder die Redaktion, noch der Autor oder Herausgeber für mögliche Fehler und deren Folgen eine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung übernehmen. Die in diesem Werk wiedergegebenen Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. können auch ohne besondere Kennzeichnung Marken sein und als solche den gesetzlichen Bestimmungen unterliegen.