



Samtgemeinde Land Hadeln

NOTFALLMAPPE



Samtgemeinde Land Hadeln

Marktstraße 21
21762 Otterndorf
Telefon 04751-919-00
Telefax 04751-919-103

SGLandHadeln@otterndorf.de

Samtgemeinde Land Hadeln

Hauptstraße 40
21775 Ihlienworth
Telefon 04755-912-334
Telefax 04755-912-346

bb.ihlienworth@otterndorf.de

Persönliche Daten | Wichtige Rufnummern

Ärzte und Apotheken

Krankenversicherung | Pflegekasse

Ambulante Behandlungen

Stationäre Behandlungen | Zahnärztliche Behandlungen

Medikamente

Medizinische Unterlagen | Blutgruppe | Impfungen

Versicherungen

Vermögensaufstellung | Immobilien

Kontovollmacht

Verbindlichkeiten

Renten | Mitgliedschaften

Vorbereitende Maßnahmen Krankenhauseinweisung

Formular Vollmacht

Patientenverfügung

Formular Patientenverfügung

Checkliste >>Erste Schritte bei einem Todesfall<<

Nachlassangelegenheiten



Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus-Nr.	PLZ/Wohnort
Telefon/ Handy	Blutgruppe

Im Notfall benachrichtigen

Name
Vorname
Straße; Haus-Nr.
PLZ / Wohnort
Telefon / Handy

Wichtige Rufnummern

Ärztlicher Notdienst	116 117	Rettungsdienst	Notruf 112
Feuerwehr	Notruf 112	Sanitäts- /Rettungswagen	19 222
Polizei, Überfall	Notruf 110	Energieversorgung (Gas/Erdgas)	
Ambulanter Pflegedienst		Energieversorgung (Strom)	
Stadt-/Gemeindeverwaltung		Telefonanbieter	
Pfarramt		Rundfunkgebühren Teilnehmer-Nr.	
EC-Kartensperrung	116 116		



Hausarzt

Name des Arztes

Straße, Haus-Nr.

PLZ/Wohnung

Telefon/Handy

Facharzt

Name des Arztes

Straße, Haus-Nr.

PLZ/Wohnung

Telefon/Handy

Zahnarzt

Name des Arztes

Straße, Haus-Nr.

PLZ/Wohnung

Telefon/Handy

Apotheke

Name der Apotheke

Straße, Haus-Nr.

PLZ/Wohnung

Telefon/Handy

Krankenversicherung

Name der Versicherung

Sitz

Telefon

Nummer der Versichertenkarte

Versicherungskarte
befindet sich bei

Pflegekasse

Name der Versicherung

Sitz

Telefon

Nummer der Versichertenkarte

Versicherungskarte
befindet sich bei



Ärztliche Behandlungen | stationär

Datum von/bis	Grund der Behandlung (Diagnose)	Name Ort des behandelnden Arztes

Zahnärztliche Behandlungen

Datum von/bis	Grund der Behandlung (Diagnose)	Name Ort des behandelnden Arztes



Medikamente

Datum von/bis	Grund der Behandlung (Diagnose)	Name Ort des behandelnden Arztes

Blutgerinnungshemmende Substanzen (Marcumar etc.)

Aufbewahrungsort



Blutgruppe

Blutgruppe:

-Blutspendeausweis vorhanden:

JA NEIN

Blutspendeausweis befindet sich bei:

Organspenden

Organspendeausweis vorhanden:

JA NEIN

Organspendeausweis
befindet sich bei:

Nachweis von Impfungen

Impfbuch vorhanden:

JA NEIN

Impfbuch befindet sich bei:

Allergien und Unverträglichkeiten

Chronische Krankheiten

Sonstiges (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke, etc.)



Versicherungen (Angaben ergänzen und regelmäßig aktualisieren)

Sterbegeldversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnr.

Lebensversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnr.

Unfallversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnr.

Privatversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnr.

Hausratversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnr.



KFZ-Versicherung

.....
Name der Versicherung

.....
Versicherungsnummer

.....
Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnr.

Gebäudeversicherung

.....
Name der Versicherung

.....
Versicherungsnummer

.....
Zuständiger Vertreter mit Anschrift und Telefonnr.

Vermögensaufstellung

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/Miteigentümer

.....
Die Unterlagen befinden sich bei



Grundbucheintrag

Grundbuchamt

Grundbuchblatt Nr.

Sparkonten

Sparbuch/IBAN

BIC

Bei der Bank außer mir, ist verfügungsberechtigt

Das Sparbuch befindet sich bei

Girokonten

Girokonto/IBAN

BIC

Bei der Bank

Außer mir, ist verfügungsberechtigt

Weitere Konten

IBAN

BIC

Kontoart

IBAN

BIC

Kontoart

IBAN

BIC

Kontoart

Bausparvertrag

Nummer

Die Unterlagen befinden sich bei



Wertpapiere, Aktion, usw. (sonstige Vermögensgegenstände)

Kontovollmacht

Name, Vorname, Geburtsdatum

IBAN BIC Kontoart

IBAN BIC Kontoart

IBAN BIC Kontoart

Die Vollmacht befindet sich bei

Verbindlichkeiten

Darlehen	Betrag	Fälligkeit	Tilgung



Rente

Altersrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Betriebsrente | Zusatzrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Witwen- | Witwerrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Private Rentenversicherung und Riesterrente

Versicherungsträger

Versicherungsnummer

Mitgliedschaften, Abonnements

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert



Vorbereitende Maßnahmen einer Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderungen des Krankentransports genaue Beschreibungen 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 Krankeneinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothesen, Gehilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis
- Geld (nur geringfügiger Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- Evtl. Haustürschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen



Vorsorgevollmacht

Viel zu wenige Menschen in Deutschland denken daran, Vorsorge für weniger gute Zeit zu treffen – nämlich für den Fall, dass sie infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst wie gewohnt regeln können. Deshalb sollte sich jeder auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für ihn treffen soll, wenn er selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr hierzu in der Lage ist, und wie seine Wünsche und Vorstellungen Beachtung finden können. Diese Frage wird leider von vielen verdrängt oder auf später hinausgeschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und darauf angewiesen zu sein, dass ein anderer für ihn spricht. Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Vormundschaftsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen. Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden derzeit weit mehr als 1 Million Betreuungen geführt.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er unbeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich ein Betreuer nicht bestellt werden. Bundesweit werden derzeit weit mehr als 1 Million Betreuungen geführt.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er unbeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich ein Betreuer nicht bestellt werden. Eine Vorsorgevollmacht nähere Informationen gewünscht werden, wenden Sie sich bitte an einen Notar Ihres Vertrauens, die zuständige Gemeinde oder das Landratsamt. Es bestehen auch die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht durch die Betreuungsstelle des Landkreises Cuxhaven beglaubigen zu lassen.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe bevollmächtigt:

Herrn | Frau

Anschrift

Die Vorsorgevollmacht befindet sich bei



Vollmacht

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum (Vollmachtgeber/in)

Adresse, Telefon, Telefax

Erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname, Geburtsdatum (bevollmächtigte Person)

Adresse, Telefon, Telefax

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachterteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachturkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitsvorsorge und Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge 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, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).* JA NEIN
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernden Maßnahmen erteilen.**
- 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

Unterschrift der Vollmachtgebere/in/des Vollmachtgebers



Vollmacht

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

Unterschrift der Vollmachtgeberein/des Vollmachtgebers

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

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

- JA
 NEIN
- JA
 NEIN
- JA
 NEIN

Unterschrift der Vollmachtgeberein/des Vollmachtgebers

Behörden

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

- JA
 NEIN

Unterschrift der Vollmachtgeberein/des Vollmachtgebers

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

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- Verbindlichkeiten eingehen
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. (Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis auf Seite 26)
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

- JA NEIN
 JA NEIN
 JA NEIN
 JA NEIN
- JA NEIN

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

Unterschrift der Vollmachtgeberein/des Vollmachtgebers



Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Service »eigenhändig« Entgegennehmen und öffnen, sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigung) abgeben.

JA NEIN

Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten, sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

JA NEIN

Untervollmacht

Sie darf on einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

JA NEIN

Geltung über den Tod hinaus

Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fort gilt.

JA NEIN

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

Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberein/des Vollmachtgebers



Patientenverfügung

Hinweis: Für die Vermögensvorsorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. 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 Vollmachterteilung 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 bzw. sinnvoll!

Insbesondere in der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die anderen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbstständigkeit lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlungen künstliche Ernährung o.Ä. begonnen bzw. fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahme verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder wenigstens nur Besserung besteht?

Dies sind schwierige Fragen, über die sich jeder vorrausschauen und abwägen eine Meinung bilden sollte. Wer sich dem nicht stellt, muss wissen, dass im Ernstfall andere für ihn entscheiden und hierbei mühsam versuchen werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln.

Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer Patientenverfügung. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahme zur Lebensverlängerung gewünscht werden.

Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt zu besprechen

Für mich besteht bereits ...

Die Unterlagen befinden sich bei



Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich

Name, Vorname, Geburtsdatum (Vollmachtgeber/in)

Adresse, Telefon

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:
(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt, bzw. beigefügt)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nr. 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahme nehme ich in Kauf.



3. In allen unter Nr. 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verändern würden.

Keine Wiederbelebensmaßnahmen

4. In den von mir unter Nr. 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene)

Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Ich wünsche eine Begleitung

durch (für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge

durch

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

JA NEIN

Bevollmächtigter

.....
Name, Anschrift, Telefon, Telefax

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende (»Organspendeausweis«), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers



Patientenverfügung

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens

Ort, Datum, Unterschrift

Name

Anschrift

Telefon/Telefax

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung, habe ich mich beraten lassen von

Name

Anschrift

Telefon/Telefax

Ort/Datum

Unterschrift



Checkliste »Erste Schritte bei einem Todesfall«

1. Bei Todesfällen zu Hause den Arzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 122 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
4. Überlegen, ob Aschenbeisetzung oder Erdbestattung und Reihen-oder Familiengrab.
5. Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen. Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen :
 - Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
 - Todesbescheinigung
 - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
 - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
 - Evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet
6. Nach der Beurkundung des Sterbefalles werden von der Friedhofverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt.
7. Todesanzeige bei den Tageszeitungen aufgeben.
8. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen.
9. Mitteilung an Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen.
10. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben - Sterbeurkunde beilegen.
11. Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ, etc.) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge.
12. Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft besteht.
13. Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Fragen an die zuständige Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung wenden. Bei Vorsprachen in der Beratungsstelle unbedingt telefonisch einen Termin vereinbaren und Ausweispapiere mitnehmen.
14. Evtl. Danksagung bei den Tageszeitungen aufgeben.

Vorgenannte Tätigkeiten können Sie zum größten Teil auch kostenpflichtig einem Bestatter übertragen.



