



Ratgeber für den Notfall



Wir leben Gemeinschaft



INHALTSVERZEICHNIS

1. FÜR DEN NOTFALL // 4

Wichtige Rufnummern 5

2. PERSÖNLICHE DATEN // 6

Hausarzt 8

Fachärzte 8

Pflegedienst 9

3. MEDIZINISCHE DATEN // 10

Stationäre Behandlungen 11

Ambulante Behandlungen 11

4. VERSICHERUNGEN // 12

Nachlassangelegenheiten 13

Bestattungsvorsorge 13

5. VOLLMACHT / VERFÜGUNGEN // 14

Vorsorgevollmacht 14

Patientenverfügung 18

Betreuungsverfügung 22

Beratungen zu Vorsorgevollmachten und
Betreuungs- oder Patientenverfügungen 23

Schweigepflichtentbindung 24

EVG GESCHÄFTSSTELLEN // 25

1. FÜR DEN NOTFALL

(Bitte neben das Telefon bzw. in die Geldbörse legen)

POLIZEI	110	FEUERWEHR	112
RETTUNGSDIENST EINSCHL. NOTARZT		112	
ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST		116117	

(bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten Ihres Hausarztes)

MEIN HAUSARZT

Name, Anschrift der Praxis	Telefonnummer
Mein Name	Telefonnummer
Meine Adresse	Meine Krankenkasse

Meine Kontaktperson

Name	Telefonnummer
Adresse	

POLIZEI	110	FEUERWEHR	112
RETTUNGSDIENST EINSCHL. NOTARZT		112	
ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST		116117	

(bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten Ihres Hausarztes)

MEIN HAUSARZT

Name	
Anschrift der Praxis / Telefonnummer	
Mein Name / Telefonnummer	

Meine Kontaktperson

Name / Telefonnummer / Adresse	

POLIZEI	110	FEUERWEHR	112
RETTUNGSDIENST EINSCHL. NOTARZT		112	
ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST		116117	

(bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten Ihres Hausarztes)

MEIN HAUSARZT

Name	
Anschrift der Praxis / Telefonnummer	
Mein Name / Telefonnummer	

Meine Kontaktperson

Name / Telefonnummer / Adresse	

WICHTIGE RUFNUMMERN

POLIZEI

110

FEUERWEHR

112

RETTUNGSDIENST EINSCHL. NOTARZT

112

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

116117

(bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten Ihres Hausarztes)

GIFTNOTRUFZENTRALE BERLIN*

030 - 19240

KRANKENTRANSPORTE

19 222

Mein Hausarzt

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin

Mein ambulanter Pflegedienst

***Beachte die regionale Zuständigkeit:** Es gibt weitere Giftnotzentralen und Informationszentren in Bonn (Tel. 0228 - 19 240), Erfurt (Tel. 0361 - 730 730), Freiburg (Tel. 0761 - 19 240), Göttingen (Tel. 0551 - 19 240), Homburg/Saar (Tel. 06841 - 19 240), Mainz (Tel. 06131 - 19 240), München (Tel. 089 - 19 240) und Nürnberg (Tel. 0911 - 398 2451)

6. PERSÖNLICHE DATEN

Name	Vorname/n
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus- Nr.	PLZ Wohnort
Telefonnummer	Handy
Fax	E-Mail
Konfession	Kirchengemeinde
Familienstand	Name Ehepartner/ Lebenspartner
Evtl. abweichende Adresse Ehepartner/ Lebenspartner	
Telefonnummer	Handy
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grad der Behinderung	
Art der Behinderung	

WEITERE ANMERKUNGEN

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name	Vorname/n
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus- Nr.	PLZ Wohnort
Telefonnummer	Handy
Fax	E-Mail
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter

Name	Vorname/n
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Haus- Nr.	PLZ Wohnort
Telefonnummer	Handy
Fax	E-Mail
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter

SEELSORGER

Name	
Anschrift	

IM NOTFALL ZU BEACHTEN

(Wer hat z. B. für meine Wohnung/ Büro/ Garage oder ähnliches einen Schlüssel;
wer versorgt die Tiere im Notfall?)

HAUSARZT

Name der Praxis	
Straße, Haus- Nr.	
PLZ Wohnort	
Telefonnummer	
Fax	

FACHÄRZTE

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	
Fax	

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	
Telefonnummer	
Fax	

PFLEGEDIENST

Name und Anschrift der Praxis	
Telefonnummer	Fax

SONSTIGE

(z.B. Therapeuten, Palliativdienst/Hospizdienst)

Name / Fachrichtung	Anschrift
Telefonnummer	Fax

Name / Fachrichtung	Anschrift
Telefonnummer	Fax

Name / Fachrichtung	Anschrift
Telefonnummer	Fax

Name / Fachrichtung	Anschrift
Telefonnummer	Fax

3. MEDIZINISCHE DATEN

Wichtige Diagnosen	behandelnder Arzt/ Telefonnummer

BLUTGRUPPE	
ALLERGIEN	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergie gegen	
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
DIABETES	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Insulin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tabletten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich	
ANFALLSLEIDEN	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nähere Beschreibung	
Notfallmedikation	
BLUTGERINNUNG	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (z. B. Marcumar, ASS, Aspirin, Clopidogrel, Plavix, Brilique, Xarelto)
Falls ja, welche	
IMPLANTATE	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke...)
Art des Implantats	
Ausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich	

TRANSPLANTATION	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art der Transplantation und weitere Angaben		
Ausweis befindet sich		
ORGANSPENDEAUSWEIS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich		

STATIONÄRE BEHANDLUNGEN

von/bis	Grund/ Diagnose	Behandelnder Arzt

AMBULANTE BEHANDLUNGEN

von/bis	Grund/ Diagnose	Behandelnder Arzt

SONSTIGES

4. VERSICHERUNGEN

KRANKENVERSICHERUNG		<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat
Name der Krankenkasse			
Nummer der Versichertenkarte			
Verwahrungsort der Versichertenkarte			
PFLEGEVERSICHERUNG		<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat
Name der Pflegekasse			
Nummer der Versichertenkarte			
Verwahrungsort der Versichertenkarte			
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3+		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegestufe		Betreuungsleistung	
LEBENSVERSICHERUNG			
Versicherungsgesellschaft (Name/Anschrift)			
Telefon		Versicherungsnummer	
Bezugsberechtigter (Name, Anschrift, Telefonnummer)			
UNFALLVERSICHERUNG			
Versicherungsgesellschaft (Name/Anschrift)			
Telefon		Versicherungsnummer	

5. VOLLMACHT / VERFÜGUNGEN

VORSORGEVOLLMACHT

Angaben zum Vollmachtgeber/zur Vollmachtgeberin:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	
Anschrift	
<input type="text"/>	
Telefon/Telefax	

Hiermit erteile ich Vollmacht an

Angaben zum Bevollmächtigten/zur Bevollmächtigten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	
Anschrift	
<input type="text"/>	
Telefon/Telefax	

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

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

1 . GESUNDHEITSSORGE/PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	
Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2 . AUFENTHALT UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN	
Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3 . BEHÖRDEN

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

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

4 . VERMÖGENSSORGE

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Ja Nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,

Ja Nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,

Ja Nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.

Ja Nein

Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. (Bitte beachten Sie hierzu auch die Hinweise zur Bank-Vollmacht.)

Ja Nein

Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

FOLGENDE GESCHÄFTE SOLL SIE NICHT WAHRNEHMEN KÖNNEN:

5. POST UND FERNMELDEWESEN

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

6. VERTRETUNG VOR GERICHT

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

7. UNTERVOLLMACHTEN

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

8. BETREUUNGSVERFÜGUNG

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

9. WEITERE REGELUNGEN

(Achtung: Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

Ort / Datum	Unterschrift des/der Vollmachtgebers/Vollmachtgeberin

Ort / Datum	Unterschrift des/der Bevollmächtigten/Bevollmächtigten

Quelle: Bundesministerium der Justiz

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, _____

geboren am _____

wohnhaft in: _____

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

1. SITUATIONEN, FÜR DIE DIESE VERFÜGUNG GILT:

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In den oben 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 Maßnahmen nehme ich in Kauf.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In den oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich: Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wiederbelebensmaßnahmen lehne ich ab.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2. IN DEN VON MIR UNTER NUMMER 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)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verminderte künstliche Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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

Ich wünsche eine Begleitung durch:

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge

durch Hospizdienst/Palliativdienst

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

Ja Nein

BEVOLLMÄCHTIGT HABE ICH:

Frau / Herr _____

wohnhaft _____

Telefon _____

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ja Nein

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

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:

Name	
Straße, Haus- Nr.	
Telefonnummer	PLZ Wohnort
Fax	

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

Name	
Straße, Haus- Nr.	
Telefonnummer	PLZ Wohnort
Fax	

Name	
Straße, Haus- Nr.	
Telefonnummer	PLZ Wohnort
Fax	

* Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein stattgefundenes Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.

HINWEIS

Ergänzen Sie die Patientenverfügung um Ihre persönlichen Wünsche, falls Sie z.B. infolge eines Schlaganfalls nicht mehr kommunizieren können. Schreiben Sie auf, was Ihnen wichtig ist (z.B. bevorzugte Radio- und Fernsehsender, Wünsche in Bezug auf die Körperpflege, bestimmte Fotos/Bilder in Sichtweite). Stimmen Sie Ihre Wünsche ggf. mit Ihrem Betreuer oder Bevollmächtigten ab.

BETREUNGSVERFÜGUNG

Ich,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

Auf keinen Fall zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden soll:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

BERATUNGEN ZU VORSORGEVOLLMACHTEN UND BETREUUNGS- ODER PATIENTENVERFÜGUNGEN

Für die Beratung bei Fragen rund um das Betreuungsrecht und die Vorsorgevollmacht sind eine Vielzahl regionaler Betreuungsvereine (bundesweit ca. 830) zuständig.

Betreuungsvereine sind eingetragene Vereine. Zu den Aufgaben der Betreuungsbehörden bzw. Betreuungsstellen gehören unter anderem die Beratung und Unterstützung von Betreuern sowie die Mitwirkung bei der Aus- und Fortbildung von Betreuern. Die Vereine müssen von der zuständigen Behörde anerkannt werden, um bestimmte Qualitätsstandards zu wahren.

Um den nächstliegenden Betreuungsverein zu finden, sollten sich Betroffene bei dem für ihren Wohnort zuständigen Amtsgericht oder ihrer Kreis-, Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung erkundigen.

BFW-RATGEBER „VORSORGEVERFÜGUNGEN“ FÜR MITGLIEDER DER EVG

Mit dem Ratgeber „Vorsorgeverfügungen“ hat das Bildungs- und Förderungswerk e.V. (BFW) eine Broschüre veröffentlicht, in der die gesetzlichen Regelungen rund um Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung erläutert werden. Entsprechende Mustererklärungen als Handlungshilfe finden sich auch dort wieder.

Der Ratgeber steht als Download zur Verfügung unter:

<http://www.bfw-evg.de/ratgeber.html>

Mitglieder der EVG, die den Ratgeber per Post bestellen möchten, wenden sich an Ihre zuständige Geschäftsstelle.



SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Name	Vorname/n
Geburtsdatum	Geburtsort

Hiermit entbinde ich meinen Arzt/meine Ärztin/alle Ärzte des Krankenhauses

Vorname / Titel	Name
Straße, Haus- Nr.	PLZ Wohnort

von der Schweigepflicht, soweit es die Beantwortung von Fragen betrifft, die im Zusammenhang stehen mit dem im Folgenden beschriebenen Ereignis:

Hier bitte kurz das Ereignis beschreiben (z.B. „Unfall vom ...“)

Die von der Schweigepflicht entbundenen Ärzte werden ausdrücklich ermächtigt, alle gesundheitlichen Daten, die für den Fall relevant sind, weiterzugeben.

Ort / Datum	Unterschrift

EVG GESCHÄFTSSTELLEN

Geschäftsstelle Augsburg

Sieg Lindenstr. 12
86152 Augsburg
Tel.: 0821 54 37 40 5-0
E-Mail: augsburg@evg-online.org

Geschäftsstelle Berlin

Revaler Str. 100
10243 Berlin
Tel.: 030 42 43 91-0
E-Mail: berlin@evg-online.org

Geschäftsstelle Bremen

Rembertiring 13
28195 Bremen
Tel.: 0421 98 50 45 0-0
E-Mail: bremen@evg-online.org

Geschäftsstelle Cottbus

Vetschauer Str. 11b
03048 Cottbus
Tel.: 0355 29 05 72 9-0
E-Mail: cottbus@evg-online.org

Geschäftsstelle Dortmund

Westenhellweg 124-126
44137 Dortmund
Tel.: 0231 28 86 32 5-0
E-Mail: dortmund@evg-online.org

Geschäftsstelle Dresden

Budapester Str. 31
01069 Dresden
Tel.: 0351 87 77 3-0
E-Mail: dresden@evg-online.org

Geschäftsstelle Duisburg

Königstr. 57
47051 Duisburg
Tel.: 0203 80 70 00-60
E-Mail: duisburg@evg-online.org

Geschäftsstelle Düsseldorf

Bismarckstr. 98
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211 59 88 89 2-0
E-Mail: duesseldorf@evg-online.org

Geschäftsstelle Erfurt

Bahnhofstr. 27
99084 Erfurt
Tel.: 0361 55 07 09-0
E-Mail: erfurt@evg-online.org

Geschäftsstelle Frankfurt

Weilburger Str. 24
60326 Frankfurt
Tel.: 069 97 58 00-0
E-Mail: frankfurt@evg-online.org

Geschäftsstelle Halle

Magdeburger Str. 23
06112 Halle/Saale
Tel.: 0345 44 58 64 7-0
E-Mail: halle@evg-online.org

Geschäftsstelle Hamburg

Hammerbrookstr. 90
20097 Hamburg
Tel.: 040 23 51 37-0
E-Mail: hamburg@evg-online.org

Geschäftsstelle Hamm

Willy-Brandt-Platz 7
59065 Hamm
Tel.: 02381 92 90 42-0
E-Mail: hamm@evg-online.org

Geschäftsstelle Hannover

Hamburger Allee 24
30161 Hannover
Tel.: 0511 76 86 6-0
E-Mail: hannover@evg-online.org

Geschäftsstelle Karlsruhe

Bahnhofplatz 10
76137 Karlsruhe
Tel.: 0721 35 04 0-0
E-Mail: karlsruhe@evg-online.org

Geschäftsstelle Kassel

Rainer-Dierichs-Platz 1
34117 Kassel
Tel.: 0561 20 23 03 5-0
E-Mail: kassel@evg-online.org

Geschäftsstelle Kiel

Legienstr. 22
24103 Kiel
Tel.: 0431 38 58 99 2-0
E-Mail: kiel@evg-online.org

Geschäftsstelle Köln

Johannisstr. 54
50668 Köln
Tel.: 0221 91 27 48-0
E-Mail: koeln@evg-online.org

Geschäftsstelle Leipzig

Rosa-Luxemburg-Str. 27
04103 Leipzig
Tel.: 0341 22 61 6-0
E-Mail: leipzig@evg-online.org

Geschäftsstelle Magdeburg

Ernst-Reuter-Allee 41
39104 Magdeburg
Tel.: 0391 53 55 6-0
E-Mail: magdeburg@evg-online.org

Geschäftsstelle Mainz

Kaiserstr. 26-30
55116 Mainz
Tel.: 06131 88 45 55-0
E-Mail: mainz@evg-online.org

Kontakt:

Eisenbahn- und
Verkehrsgewerkschaft
Stellvertretende Vorsitzende
Regina Rusch-Ziemba
Abteilung Sozialpolitik

Weilburger Straße 24
60326 Frankfurt/Main

Tel. 069/7536-397
Fax 069/7536-448
E-Mail: sozialpolitik@evg-online.org
www.evg-online.org

Wir leben Gemeinschaft