



Jetzt hier scannen!
Die Broschüre als PDF



Notfallnotse

Persönliche Dokumente für den Notfall



Name

Vorname

Geburtsdatum



F. Hellwig
Das Haus für Ihre Gesundheit



&

reha team Halle
Unser Lächeln hilft



**Den Alltag
selbstständig
meistern!**



Ein Unfall, ein Schlaganfall, eine chronische Erkrankung wie Demenz, oder auch das Eintreten von Altersschwäche ändert plötzlich alles. Das Gefühl der Unabhängigkeit, die sozialen Kontakte, aber vor allem auch die Mobilität gehen mehr und mehr verloren.

Sie möchten dennoch so lange wie möglich in Ihrem gewohnten zuhause bleiben, benötigen aber Hilfe? Sie haben sich entschlossen, die Pflege eines Angehörigen in der Familie selbst durchzuführen, stehen jedoch den verschiedenen Pflegesituationen oft hilflos gegenüber?

Dann sind wir genau die richtigen Ansprechpartner – wir beraten Sie und erstellen direkt bei Ihnen zuhause eine Wohnraumanalyse. Ziel ist es, zukünftig mit individuellen und personenbezogenen Hilfsmitteln den Alltag einigermaßen selbstständig und unabhängig bewältigen zu können.

Diese Beratung gehört zu unserem Service und ist für Sie selbstverständlich kostenfrei. Sie erreichen uns in der Rosenfelder Straße 3 oder telefonisch unter: Tel. 0345-775630

F. Hellwig GbR

- Prothetik • Orthetik
- Neuro-Orthopädie
- individuelle Kinderorthopädie
- Ganganalysen
- Bandagen
- Orthopädische Einlagen

Barfüßerstraße 10 • 06108 Halle / Saale
☎ 0345 - 202 87 16 📍 0345 - 50 39 42

www.sanitaetshaus-hellwig.de

reha team Halle GmbH

- Mobilitätshilfen / Gehhilfen
- Rollstühle / Elektrorollstühle
- Hilfen für Bad und WC
- Alltagshilfen • Rehatechnik
- Kinder-Reha (Kinderversorgung) / Sonderbau
- Service / Beratung Zuhause

Rosenfelder Straße 3 • 06116 Halle / Saale
☎ 0345 - 775 630 📍 0345 - 775 630

www.reha-team-halle.de

I Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie stehen mit beiden Beinen im Leben. Haben Ihre Versicherungen und bestehenden Verträge im Blick. Wissen, wo Sie welche Informationen abgelegt haben und kennen den richtigen Ansprechpartner für jedes Anliegen. Das ist gut so!

Doch manchmal ändert sich das Leben von einem Tag auf den anderen. Es kann eine schwere Erkrankung sein oder ein folgenschwerer Unfall – jeder von uns, egal ob jung oder alt, kann ganz plötzlich auf Hilfe angewiesen sein. Man hofft zwar, dass eine solche Situation nicht eintrifft, aber wenn doch, dann ist es gut, vorgesorgt zu haben.

Mit der vorliegenden Broschüre wollen wir dazu beitragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörigen auf einen solchen Notfall besser vorbereitet sind. Der Notfalllotse des Landkreises Saalekreis ist ein Leitfaden zur Orientierung, der Sie sicher durch eine schwierige Lebenslage navigieren soll.

Hier finden Sie wichtige Rufnummern für den Notfall und auch Vordrucke, auf denen Sie Ihre persönlichen Daten eintragen können. Bei medizinischen Fragen wird sicherlich gern Ihr Hausarzt oder ein ambulanter Pflegedienst unterstützen. Die Broschüre enthält auch Vorlagen zur Erstellung einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung. So entscheiden Sie bereits im Vorfeld, was Sie sich im Notfall wünschen und entlasten dadurch Ihre Angehörigen oder Freunde im Ernstfall.



Blättern Sie dieses Heft nicht nur durch, sondern tragen Sie Ihre persönlichen Daten ein und aktualisieren diese von Zeit zu Zeit. Damit stellen Sie Ihrem Hausarzt, dem Rettungsdienst, Ihrer Familie und Angehörigen alle wichtigen Informationen kompakt zur Verfügung und haben diese selbst immer griffbereit. Vergessen Sie nicht die Person Ihres Vertrauens über den Aufbewahrungsort zu informieren.

Am Ende der Notfallbroschüre finden Sie die Kontaktdaten der regionalen Beratungsangebote und Servicestellen. Kommen Sie auf uns zu! Wir stehen Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite.

In der Hoffnung, dass Ihnen der Einsatz des Notfalllotsen erspart bleibt, wünsche ich Ihnen dennoch, dass Sie damit für den Notfall gut gerüstet sind.

Mit allen guten Wünschen

Ihr



Hartmut Handschak
Landrat des Saalekreises



Physioaktiv



Bc. A. PT

Kerstin Kunz

Bahnhofstraße 11
06217 Merseburg

Tel.: 03461/249050

www.physioaktiv-merseburg.de

info@physioaktiv-merseburg.de

Mit uns werden Sie aktiv



Physioaktiv



© Klick61 / AdobeStock

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Verwendung des digitalen Notfalllotsen	4
Wichtige Rufnummern	5
Persönliche Daten	7
Im Notfall zu benachrichtigen	7
Hausarzt	9
Apotheke	11
Ambulanter Pflegedienst	11
Medizinische Daten	12
• Blutgruppe, Impfungen, Allergien, Diabetes, Anfallsleiden	12
• Implantate, Transplantationen, Blutgerinnungshemmende Substanzen, Übertragbare Erkrankungen	13
• Medikamente, Organspendeausweis, Schwerbehinderung, Sonstiges	14
Versicherung	15
Krankenversicherung	19
Konten und Kontovollmacht	20
Renten	21
Wohnung, Haus, Immobilien	23
Bestehende Verträge	25
• Telefon und Internet	25
• Strom, Gas, Wasser	25
• Sonstige	25
Kraftfahrzeuge	26

Flipping-Book

Ihre Broschüre als Flipping-Book:

- leicht zu blättern
- übersichtlich
- auch mobil!



Checkliste für den Todesfall	27
• Wünsche für die Beerdigung	28
Sorgerechtsverfügung	29
Nachlassangelegenheiten	29
• Testament	29
Krankeneinweisung	30
Vorsorgevollmacht	31
Vollmacht zum Heraustrennen	33
Patientenverfügung	38
Patientenverfügung zum Heraustrennen	39
Notfallausweis zum Heraustrennen	43
Psychosoziale Patientenverfügung	45
Regionale Beratungsangebote und Servicestellen	47
Inserentenverzeichnis	48

Verwendung des digitalen Notfalllotsen



1. Laden Sie die Broschüre entweder auf www.total-lokal.de herunter oder scannen Sie den QR-Code auf dieser Seite ab.



2. Speichern Sie die Broschüre unbedingt zuerst lokal auf Ihrem Computer, so dass Sie sie später wiederfinden.



3. Anschließend können Sie beginnen, die Broschüre auszufüllen. Verwenden Sie dafür einen PDF-Reader, wir empfehlen den kostenlosen Adobe Acrobat Reader.



4. Vergessen Sie nicht, zwischendurch immer wieder zu speichern, ebenso wenn Sie die Datei schließen. Sie können die Formulare in Etappen ausfüllen und nach dem Speichern zu einem späteren Zeitpunkt weitermachen.



5. Falls Sie mehrere Exemplare für verschiedene Personen ausfüllen möchten, speichern Sie die Broschüre unbedingt unter einem neuen Namen ab.

Tipp: Haben Sie stets auch ein gedrucktes Exemplar griffbereit. Drucken Sie dafür die ausgefüllte digitale Broschüre aus oder füllen Sie die Broschüre aus, die Sie in den Händen halten.

Hier geht es zum digitalen Notfalllotsen:

Link zur Broschüre:
www.total-lokal.de/publikationen/notfallmappe-der-stadt-merseburg-auflage-1-.html?qr=true



QR-Code
zur Broschüre



| Wichtige Rufnummern

Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst	116 117
Feuerwehr und Rettungsdienst	112
Polizei	110
Giftnotruf Sachsen-Anhalt	03461 730 730
Telefonseelsorge	0800 1110 111 und 0800 1110 222
Zentraler Bankkarten-Sperr-Notruf	116 116

Angebote der ambulanten bis stationären Pflege und Unterstützung im Alltag:
<https://www.pflege-navigator.de/>



„Am Stadtpark Braunsbedra“



- **Stationäre Pflege**
- **Ambulanter Dienst**
- **Tagespflege**
- **Servicewohnen**

Unser Haus bietet Ihnen eine stationäre Pflege in direkter Lage zum Stadtpark Braunsbedra mit 5 Einzel- und 27 Zweibettzimmern, einer großen Gartenlandschaft mit Terrassen, Sitzgelegenheiten, Tiergehege, Vogelvoliere, Gartenteich und Hochbeet. Seit November 2020 werden in unserem Neubau – der sich neben unserem stationären Pflegebereich befindet – 17 Ein- und 10 Zweiraumwohnungen in Form eines Servicewohnens vermietet. Ebenfalls in diesem Gebäude befinden sich unsere Tagespflege und unser Ambulanter Dienst. Die Tagespflege ist von Montag bis Sonntag in der Zeit von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr für unsere Tagespflegegäste geöffnet.

Verschiedene Einkaufsmöglichkeiten und öffentliche Verkehrsmittel befinden sich in direkter Nähe. Externe Dienstleister, wie Friseur / Fußpflege / Podologe sowie Allgemeinmediziner, Fachärzte und Therapeuten stehen Ihnen regelmäßig vor Ort zur Verfügung.

Senioren Wohn- und Pflege GmbH
„Am Stadtpark Braunsbedra“
Freyburger Straße 06 • 06242 Braunbedra

Sie erreichen uns unter:
Telefon: 034633 - 420
E-mail: hl@ap-amstadtpark.de
Web: www.ap-amstadtpark.de

| Persönliche Daten

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Straße, Haus-Nummer	PLZ, Wohnort
---------------------	--------------

Telefon/Mobil	E-Mail
---------------	--------

Konfession	Familienstand
------------	---------------

Steuer-Identifikationsnummer	
------------------------------	--

Ehepartner/in: Name, Vorname, evtl. früherer Name	
---	--

| Im Notfall zu benachrichtigen

Name	Vorname
------	---------

Straße, Haus-Nummer	PLZ, Wohnort
---------------------	--------------

Telefon/Mobil	E-Mail
---------------	--------

Name	Vorname
------	---------

Straße, Haus-Nummer	PLZ, Wohnort
---------------------	--------------

Telefon/Mobil	E-Mail
---------------	--------



Dr. med. Brunhilde Bloßfeld
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Hallesche Straße 36 b, 06217 Merseburg

☎ 034 61/2767478

📠 034 61/2767479

✉ info@hausarztpraxis-blossfeld.de

🌐 www.hausarztpraxis-blossfeld.de



© Lev Dolgachov / Fotolia

Mobile Alltagsbetreuung Christine

Kein Pflegedienst sondern die neue moderne Form der Hilfe bei Ihnen zu Hause. Zur Entlastung der Familienangehörigen, für die eigenen Freiheiten, die man alleine nicht mehr bewältigen kann.

Für Privat- und Firmenkunden
0171 / 2200810



Lebensqualität durch häusliche Begleitung und Betreuung.

Einsamkeit, Gespräche, Spielnachmittag mit Freunden...

Unterstützung bei der täglichen Bewältigung des Alltags.

- Hilfe bei der Morgen- oder Abendwäsche
- Begleitung und Betreuung zu Ärzten, bei Einkäufen, im Haushalt usw.

Hausmeisterservice auf Nachfrage



Praxis für Ergotherapie Anke Misch

Burgauenstraße 8 • 06237 Leuna / OT Horburg-Maßlau

Telefon: 0173-6 37 08 76 • E-Mail: ankemisch@web.de

Termin nach Vereinbarung

I Hausarzt

Name Arztes/der Ärztin

Straße, Haus-Nummer

PLZ, Ort

Telefon/Mobil

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefon

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefon

Name und Anschrift der Praxis

Fachrichtung

Telefon

Regionalverband Halle-Saalekreis **ambulanter Pflegedienst für den Saalekreis und Halle**

unsere Leistungen:

- Grundpflege nach SGB XI
- Behandlungspflege nach SGB V
- Wundversorgung
- Palliative Versorgung/Sterbebegleitung
- Ambulante Seniorenbetreuung/Betreuung demenzerkrankter Menschen im häuslichen Umfeld
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI
- Verhinderungspflege
- Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI
- Beratung und Ersthäusbesuche von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen



Mit unseren vielfältigen Pflege-, Beratungs-, Betreuungs- und Unterstützungsangeboten für hilfebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sind wir der Ansprechpartner für:

- Wohngemeinschaften für erkrankte Menschen mit Schwerpunkt Demenz
- Betreuung – Servicewohnen im Saalekreis und in Halle
- Begegnungsstätten
- Sozialberatung - Sie suchen? Wir helfen!

Sie haben Fragen oder weitere Wünsche?
Wir beraten und versorgen Sie gerne!

Telefon: 0345 / 2984580 oder 034603 / 20073

Ansprechpartner: Frau Scheibner • halle-saalekreis@volkssolidaritaet.de

| Apotheke

Name der Apotheke

Telefon

Straße, Haus-Nummer

PLZ, Ort

| Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Telefon

Straße, Haus-Nummer

PLZ, Ort



I Medizinische Daten

Blutgruppe

Impfungen

ja nein

Impfbuch vorhanden:

ja nein

Impfbuch befindet sich:

Impfung gegen:

Allergien

ja nein

Allergiepass vorhanden:

ja nein

Allergiepass befindet sich:

Allergie gegen:

Diabetes

ja nein

Insulin:

ja nein

Tabletten:

ja nein

Ausweis vorhanden:

ja nein

Ausweis befindet sich:

Anfallsleiden

ja nein

nähere Beschreibung:

Implantate

ja nein

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

Transplantationen

ja nein

Art der Transplantation
und weitere Angaben:

Blutgerinnungshemmende
Substanzen (Marcumar etc.)

ja nein

falls ja, welche:

Übertragbare Erkrankungen

ja nein

HIV:

ja nein

Tuberkulose:

ja nein

Sonstige übertragbare Erkrankungen:

I Medizinische Daten

Einzunehmende Medikamente

_____	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	abends	<input type="checkbox"/>
_____	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	abends	<input type="checkbox"/>
_____	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	abends	<input type="checkbox"/>
_____	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	abends	<input type="checkbox"/>
_____	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	abends	<input type="checkbox"/>
_____	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	abends	<input type="checkbox"/>
_____	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	abends	<input type="checkbox"/>
_____	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	abends	<input type="checkbox"/>

Organspendeausweis

ja nein

Ausweis befindet sich:

Schwerbehinderungen

ja nein

Grad der Behinderung:

Art der Behinderung:

Sonstiges

I Versicherungen

Sterbegeldversicherung

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Lebensversicherung

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Unfallversicherung

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

I Versicherungen

Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Hausratversicherung

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Kfz-Versicherung

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Gebäudeversicherung _____

Name der Versicherung: _____

Örtlich zuständiger Vertreter: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Weitere Versicherungen
(z. B. Rechtsschutz-, Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Glasversicherung etc.)



Sanitätshaus

GRAF

...denn hier sind die Fachleute

Wir unterstützen Sie
in jeder Lebenslage!

- orthopädische Hilfsmittel
- Venenkompetenzzentrum
- Wellnessprodukte
- Krankenpflege
- Reha-Technik



Sie finden uns 2x in Merseburg,
Bad Dürrenberg, Bad Lauchstädt
und Braunsbedra

Hauptfiliale Bahnhofstraße 12
TIVOLI · 06217 Merseburg
info@sanitaetshausgraf.de

03461 213405
www.sanitaetshausgraf.de

Häuslicher Kranken- und Altenpfordienst

Inge Thamm

Büro: Bahnhofstraße 19
06217 Merseburg
Telefon: 03461 - 21 24 75
Funk: 0172 - 680 31 17



I Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse

Name der Versicherung: _____

Sitz: _____

Telefon: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____

Private Krankenkasse / Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung: _____

Sitz: _____

Telefon: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____

Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherung: _____

Sitz: _____

Telefon: _____

Nr. der Versichertenkarte: _____

Versicherungskarte befindet sich: _____

Konten und Kontovollmacht

Girokonten

Bei der Bank: _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Bei der Bank: _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Sparkonten

Bei der Bank: _____

Außer mir ist verfügungsberechtigt: _____

Kontovollmacht

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

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Konto-Nr. _____ bei Bank

Konto-Nr. _____ bei Bank

Die Vollmacht befindet sich:

I Renten

Altersrente

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Betriebsrente/Zusatzrente

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Witwen-/Witwerrente

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Private Rentenversicherung und Riesterrente

Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde: _____

Personalnummer/Aktenzeichen: _____

Postbank Immobilien GmbH



**Ihre Partnerin für den
Verkauf einer Immobilie**

Kostenlose Markt-
preiseinschätzung
Ihrer Immobilie!

Claudia Schmidt

Selbstständige Immobilienberaterin
Liebigstraße 3, 06237 Leuna

Telefon: 0179 7933012 oder 03461 502331



Barrierefrei leben im **DENKMALHOF MERSEBURG**



DENKMALHOF MERSEBURG GmbH & Co.KG

Hallesche Straße 36 C | 06217 Merseburg

Telefon: 03461/20 39 66 | E-Mail: info@denkmalhof-merseburg.de

| Wohnung, Haus, Immobilien

Grundbesitz

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien:

Art	Gemarkung	Flurnummer	Allein-/Miteigentümer

Die Unterlagen befinden sich:



Leben und Sterben zu Hause

Spezialisierte
Ambulante
Palliativ
Versorgung

Was ist ambulante Palliativversorgung?

Ambulante Palliativversorgung ist die Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden zu **Hause**.

Dabei stehen Schmerzbehandlung und die Kontrolle aller belastenden Symptome im Mittelpunkt der Therapie. Es geht darum, dem verbleibenden Leben mehr Qualität zu geben.

Die Lebensverlängerung um jeden Preis tritt in den Hintergrund.

Wer sind wir?

Wir sind ein Team aus erfahrenen Ärzten, Krankenpflegepersonal, Koordinatoren, Sanitätshäusern, Apotheken und Ehrenamtlichen, die speziell auf dem Gebiet der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden geschult sind.

Wir arbeiten miteinander vernetzt.

Versorgungsgebiet

Wir versorgen Patienten im südlichen Saalekreis und im Burgenlandkreis als Leistungserbringer und Kooperationspartner.



Ansprechpartner

Elisabeth Wölbling

Fachärztin für Allgemeinmedizin/Palliativmedizin
leitende Palliativärztin des APZ Saalekreis

Andrea Weigelt

Finanzbuchhalterin
Medizinische Dokumentationsassistentin
Verwaltungsleiterin

Lindenstraße 9
06246 Goethestadt Bad Lauchstädt
Telefon: 034635/ 33 90 74
Telefax: 034635/ 33 90 75
info@palliativzentrum-sk.de
www.palliativzentrum-sk.de

I Bestehende Verträge

Telefon und Internet

Anbieter: _____

Kundennummer: _____

Strom, Gas, Wasser

Anbieter: _____

Kundennummer: _____

Sonstige

Anbieter: _____

Kundennummer: _____

Das passende Zuhause im Alter



In verschiedenen Lagen in Halle-Neustadt bieten wir altersgerechtes Wohnen in modernen, barrierearmen 1- und 2-Raum-Wohnungen. Sie wohnen eigenständig in Ihrer Wohnung mit Balkon und Aufzug.

Im Service inbegriffen sind ein Ansprechpartner für alle Belange der Bewohner, eine hauseigene Begegnungsstätte sowie ein 24h-Notdienst. Pflegeleistungen oder Hilfe im Haushalt sind außerdem nach Bedarf buchbar.



Telefon: 0345 69 23 - 100 · www.gwg-halle.de

Kraftfahrzeuge

Hersteller / Typ: _____

Kfz-Kennzeichen: _____ Standort: _____

Kfz-Versicherung: _____

Versicherungsgesellschaft

Versicherungs-Nr.

Hersteller / Typ: _____

Kfz-Kennzeichen: _____ Standort: _____

Kfz-Versicherung: _____

Versicherungsgesellschaft

Versicherungs-Nr.



© Volker Witt/Fotolia

I Checkliste für den Todesfall

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen.

Ihr Bestatter wird Ihnen hilfreich zur Seite stehen, für Sie Formalitäten und Behördenwege erledigen.

Der Todesfall ist eingetreten – was ist zu tun?

1. Tritt der Todesfall zu Hause auf, rufen Sie den Hausarzt oder Bereitschaftsarzt an. Der Arzt stellt den Totenschein aus. Bei Todesfällen im Krankenhaus oder Pflegeheim wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Rufen Sie das Bestattungsinstitut wegen der Überführung des Verstorbenen an. Stimmen Sie einen Termin zwecks Beratungsgesprächs mit dem Bestatter ab. (Beratung im Institut oder zu Hause)
3. Prüfen Sie, ob ein Bestattungsvorsorgevertrag vorliegt.
4. Um Ihrem Bestatter Handlungsmöglichkeiten zur Erledigung von Formalitäten zu geben, bringen Sie für das Beratungsgespräch folgende Unterlagen mit:
 - Familienbuch/Eheurkunde
 - Personalausweis
 - Geburtsurkunde
 - Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet
 - Chipkarte der Krankenkasse
 - Rentennummern
 - ggf. Sterbegeldversicherung

5. Im Beratungsgespräch können Sie alle Ihre Wünsche zur Bestattung einbringen; z. B.: Feuer- oder Erdbestattung, weltliche oder kirchliche Trauerfeier, Trauerredner oder Pfarrer, Entscheidungen zur Auswahl des Grabes und damit verbundene Anmeldung der Bestattung beim Friedhofsträger, Traueranzeigen, Blumenschmuck, Musik, gastronomischer Service u. v. a. m.

Sterbeurkunden werden benötigt, z. B.:

- ggf. Nachlassgericht (Erbschein)
- für den Arbeitgeber
- Vorlage beim zuständigen Geldinstitut
- zur schriftlichen Kündigung laufender Verträge (Vermieter, Telefon, Gas, KfZ-Abmeldungen, Zeitungsabos, ...)
- Beendigung von Mitgliedschaften

Diese vorgenannten Tätigkeiten können Sie auch zum Großteil einem Bestattungsunternehmen übertragen. Dies ist natürlich mit Kosten verbunden.

Bestattungsvorsorgevertrag

Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen:

ja nein

Bei welchem Bestattungsinstitut hinterlegt:

| Sorgerechtsverfügung

Großeltern und nahe Verwandte übernehmen nicht automatisch die elterliche Sorge. Eltern können für ihre minderjährigen Kinder einen Vormund benennen, der die elterliche Sorge im Fall ihres Todes übernehmen soll. Es können auch zwei Menschen benannt werden, die sich die Aufgabe teilen. In jeden Fall sollte mit der Person vorab gesprochen werden, die als Vormund benannt werden soll. Das Gericht darf nur zum Wohle des Kindes von den Wünschen des oder der Verstorbenen abweichen. Das Kind selbst kann erst, wenn es älter als 14 Jahre ist, der

festgelegten Vormundschaft widersprechen.

Eine Sorgerechtsverfügung muss wie ein Testament persönlich und handschriftlich verfasst werden. Es muss mit Vor- und Nachnamen unterschrieben werden und mit Datum versehen werden. Nicht verheiratete Eltern müssen jeweils eine eigene Erklärung abgeben.

Sinnvoll ist es, das Dokument bei einem Notar verwahren zu lassen oder beim zuständigen Nachlassgericht zu hinterlegen.

| Nachlassangelegenheiten

Testament

Testament vorhanden:

ja

nein

gesetzliche Regelung

Mein Testament ist hinterlegt bei: _____

I Krankenseinweisung

- 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 Krankenseinweisung
- Krankenversichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Bisher einzunehmende Medikamente und aktueller Medikamentenplan
- Personalausweis oder Reisepass
- Geld (nur geringer Betrag)
- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Telefonnummern und Name einer vertrauten Person oder eines Angehörigen, Ihres behandelnden Arztes, evtl. der Pflegeeinrichtung
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen
- Gegebenenfalls die Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse
- Gegebenenfalls den Nachweis über eine Kostenübernahme des Sozialamtes
- Nothilfe-, Allergie-, Diabetiker-, Schrittmacher-, Röntgen-, Impf-, Medikamentenausweis
- Glaukom-Pass
- Befunde und Unterlagen Ihres Arztes
- Gegebenenfalls Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht
- Schreibutensilien
- Wertsachen jeglicher Art, Kreditkarten



■ Merseburg ☎ **03461 27-0**
■ Querfurt ☎ **034771 71-0**



**Carl-von-Basedow
KLINIKUM**
Saalekreis gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg
CvBK - kompetent . vertraut . nah

I Vorsorgevollmacht

Immer mehr Menschen in Deutschland denken daran, Vorsorge für weniger gute Zeiten 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. In diesem Rahmen 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.

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 Betreuungsgericht 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.

Bundesweit werden derzeit weit mehr als 1 Millionen Betreuungen geführt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelbereich kein Betreuer bestellt werden. Wer im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er uneingeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den „Fall des Falles“ durch eine Vorsorgevollmacht als rechtlichen Vertreter bestimmt. Wichtig für die Auswahl dieser Person ist das **uneingeschränkte Vertrauen**, da keine direkte Kontrolle der bevollmächtigten Person stattfindet. So kann seitens der Behörde ein Missbrauch nicht vorbeugend verhindert werden.

Eine Vorsorgevollmacht kann nur erteilt werden, wenn man im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Wenn Sie nähere Informationen zur Vorsorgevollmacht wünschen, wenden Sie sich bitte an die Betreuungsstelle unter der Telefonnummer 03447 586-802. Es besteht auch die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt amtlich beglaubigen zu lassen.

Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe

Herrn/Frau _____

Anschrift _____

bevollmächtigt. Die Vorsorgevollmacht befindet sich

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH

Zentrale: (0345) 213 - 30



NOTFALLNUMMER (24H)

Notruf	112
Rettungsleitstelle	(0345) 8070100
Kassenärztlicher Notfalldienst	(0345) 116117
Zentrale Notaufnahme	(0345) 213 - 4640
Kardiofon	(0345) 213 - 4567
Kinderambulanz	(0345) 213 - 4310
Kreißsaal	(0345) 213 - 4420
Seelsorge	(0345) 213 - 30



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA



Internet: www.krankenhaus-halle-saale.de
E-Mail: info@krankenhaus-halle-saale.de
Aktuelles auf Social Media:



© lev dolgachov / Fotolia

der bestatter für Halle und den Saalekreis Holger Bauer



Steinweg 45 / Eingang Heinrich-Pera-Straße (ehemals Taubenstraße)
06110 Halle

Mail: bestatter-halle@web.de

Telefon: 03 45 / 470 41 737 Tag & Nacht

Der letzte Weg in guten Händen
www.der-bestatter-halle.de



Vollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber /in)
Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname, Geburtsdatum (bevollmächtigte Person)

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

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

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge 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 oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).*)

ja nein

Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.)*

ja 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.

ja nein

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 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 der gleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.**)

ja nein

ja nein

*) Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

**) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB).



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. ja nein

Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. ja nein

Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen. ja nein

ja nein

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 ja nein

• über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen ja nein

• Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja nein

• Verbindlichkeiten eingehen ja nein

• Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ja nein

• Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. ja nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

I Vollmacht

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, Kündigungen) abgeben.

ja nein

Behörden

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

ja nein

Vertretung vor Gericht

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

ja nein

Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

ja nein

Geltung über den Tod hinaus

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

ja nein

Regelung der Bestattung

Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

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 Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

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 Vollmachtserteilung 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!

I Patientenverfügung

In der letzten Lebensphase kann jeder in eine Situation kommen, die den nächsten Angehörigen schwierige Entscheidungen abverlangt. Sollen auch im Fall einer unheilbaren Erkrankung bei weitgehendem Verlust jeglicher körperlicher Selbständigkeit, lebenserhaltende Maßnahmen wie intensivmedizinische Behandlung, künstliche Ernährung oder ähnliches begonnen bzw. fortgesetzt werden? Oder soll auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder wenigstens Besserung besteht?

Dies sind schwierige Fragen, über die sich jeder vorausschauend und abwägend 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 die eigenen Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer schriftlichen Patientenverfügung. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden.

Wir empfehlen eine Beratung zur Patientenverfügung beim Hausarzt.

Für mich besteht bereits eine Patientenverfügung.

Die Patientenverfügung befindet sich





I 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.

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, Entzündung, ebenso wie für direkte 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.

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.

I Patientenverfügung

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 Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3. In den unter Nr. 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

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

Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

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:

Ich wünsche eine Begleitung

durch

durch Seelsorge

durch Hospizdienst

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

ja

nein

Hinweis auf erteilte Vollmacht(en):

Name des/der Bevollmächtigten

Anschrift

Telefon

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

ja

nein



Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich ja meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. nein

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z. B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor
oder
gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.
(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

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

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

I Patientenverfügung

- Seite 4 -

Arzt/Ärztin meines Vertrauens

Name

Anschrift

Telefon

Telefax

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

Name

Anschrift

Ort, Datum

Telefon

Unterschrift der/des Beratenden

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name Geburtsdatum

Anschrift

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



Organspendeausweis

Für den Fall meines Todes erkläre ich:

Ja, ich stimme der Entnahme von Organen, Geweben und Zellen für Transplantationszwecke zu mit Ausnahme der folgenden Organe/Gewebe:

Folgende Person soll nach meinem Tod über eine Entnahme entscheiden:

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Anschrift _____

Nein, ich stimme einer Entnahme von Organen, Geweben und Zellen nicht zu.

Datum, Unterschrift _____

Bei Unfall bitte benachrichtigen

Name _____ Telefon _____

Geschäftlich _____ Mobil _____

Name _____ Telefon _____

Geschäftlich _____ Mobil _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Polizei 110

Notruf / Feuerwehr 112

Ärztlicher Notdienst 116 117

Notfall Ausweis



Foto

Führen Sie diesen Ausweis immer mit sich – er kann lebensrettend sein.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Konfession _____

Wohnort _____

Straße _____ Mobil _____

Erkrankungen / Vorerkrankungen **ja** **nein**

Antikoagulation (Blutverdünnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass-Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (fallsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Große Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse seit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsellkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum _____ Präparat + Ch.B. _____

Medikamente

Präparat _____ Dosis _____ seit _____

Vermerke

Allergien **ja** **nein**

welche _____

Blutgruppe und Rh-Faktor
(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Bemerkungen / Sonstiges

Datum _____ Stempel, Unterschrift des Arztes _____

I Psychosoziale Patientenverfügung

Es gibt Situationen, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, eine Einwilligung oder auch Ablehnung hinsichtlich einer medizinischen Behandlung zu erteilen. Dazu können unter anderem auch psychische Krisensituationen zählen. Um in diesen Situationen adäquat handeln zu können, kann durch eine **psychosoziale Patientenverfügung** individuelle Hilfe gewährleistet werden. Damit diese zum Tragen kommen kann, ist dazu die schriftliche Festlegung eines/einer einwilligungsfähigen Volljährigen Voraussetzung. In dieser Verfügung willigt der/die Patient/-in zum Zeitpunkt der Festlegung in noch nicht unmittelbar bevorstehende medizinische Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe ein oder untersagt diese für den Fall, dass er/sie in

zukünftigen akuten Krankheitsphasen selbst nicht einwilligungsfähig ist. Die vorliegende Patientenverfügung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung zwischen dem/der behandelnden Arzt/Ärztin und dem Patienten/der Patientin. Sie basiert auf der aktuellen Rechtslage, insbesondere § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und ist somit rechtlich verbindlich. Sie gilt sowohl im Rahmen des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen Anhalt (PsychKG LSA), als auch dem Betreuungsgesetz (BtG).

Das Dokument kann auf der Internetseite des Landkreises Saalekreis www.saalekreis.de heruntergeladen werden. (Suchbegriff: Patientenverfügung)



© GuidoVrola/Thinkstock

Schwimmhalle Leuna einfach wohlfühlen

Die aktuellen Öffnungszeiten unserer modern und nachhaltig sanierten Schwimmhalle finden Sie auf unserer Internetseite

www.schwimmhalle-leuna.de

**Emil-Fischer-Straße 19, 06237 Leuna,
Telefon: 03461-8228428**

Eintrittspreis:

Schwimmhalle	Einzelkarte 90 Min.	4,00 €
	Einzelkarte erm. 90 Min.	2,50 €
Sauna	Einzelkarte 150 Min.	9,50 €
	Einzelkarte erm. 150 Min.	6,00 €



Regionale Beratungsangebote und Servicestellen

Betreuungsbehörde:

Hauptstelle:

06217 Merseburg

Domstraße 4

Telefon: 03461 40-2712

Nebenstelle:

06108 Halle (Saale)

Hansering 19

Telefon: 0345 204-3354

Betreuungsgericht /e:

Amtsgericht Halle (Saale)

Thüringer Straße 16

06112 Halle (Saale)

Telefon: 0345 2200

Amtsgericht Merseburg

Geusaer Straße 88

06217 Merseburg

Telefon: 03461 2810

Heimaufsicht:

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt

Standort Halle (Saale)

Maxim-Gorki-Straße 7

06114 Halle (Saale)

Telefon: 0345 514-3051

MDK (Medizinischer Dienst
der Krankenversicherungen)
Sachsen-Anhalt e. V.

Geschäftsbereich Halle (Saale)

Magdeburger Straße 38

06112 Halle (Saale)

Telefon: 0391 5661-2700

Landkreis

Saalekreis-Bürgerinformation:

Standort Merseburg:

Domplatz 9

06217 Merseburg

Telefon: 03461 40-0

Standort Querfurt:

Kirchplan 1

06268 Querfurt

Telefon: 034771 73797-0

Standort Halle (Saale):

Hansering 19

06108 Halle (Saale)

Telefon: 0345 204-3201/3202

Behindertenbeauftragte:

Fritz-Haber-Straße 7 a

06217 Merseburg

Telefon: 03461 40-2185

Psychiatriekoordinatorin:

Oberaltenburg 4 b

06217 Merseburg

Telefon: 03461 40-1711

I Inserentenverzeichnis

Branche	Unternehmen	Seite
Altenpflege	Am Stadtpark Braunsbedra Senioren Wohn- und Pflege GmbH	6
Ambulanter Pflegedienst	Volkssolidarität Regionalverband Halle-Saalekreis	10
Ärztin	Dr. Brunhilde Bloßfeld Hausarztpraxis	8
Barrierefrei Wohnen	Denkmalhof Merseburg GmbH & Co. KG	22
Bestattungsinstitut	der bestatter	28, 32, U3
Betreuung	Mobile Alltagsbetreuung Christine	8
Ergotherapie	Anke Misch Praxis für Ergotherapie	8
Freizeitbetrieb	Schwimmhalle Leuna	46
Immobilien	Postbank Immobilien GmbH	22
Krankenhaus und Klinik	Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH	30
	Krankenhaus St. Elisabeth u. St. Barbara Halle (Saale) GmbH	32
Kranken- und Altenpflege	Häuslicher Kranken- und Altenpflagedienst Inge Thamm	18
Palliativmedizin	Ambulantes Palliativzentrum Saalekreis GmbH	24
Physiotherapie	Physioaktiv	2
Sanitätsartikel und -bedarf	F. Hellwig GbR	U2
	reha-team Halle GmbH	U2
	Sanitätshaus Graf GmbH	18
Seniorenheim	Senioren Wohn- und Pflege GmbH Am Stadtpark Braunsbedra	6
Wohnungsunternehmen	GWG Halle-Neustadt mbH	25

U = Umschlagseite

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter **www.total-lokal.de**.

der bestatter

für Halle und den Saalekreis
Holger Bauer



Steinweg 45 / Eingang Heinrich-Pera-Straße (ehemals Taubenstraße)
06110 Halle
Mail: bestatter-halle@web.de
Telefon: 03 45 / 470 41 737 Tag & Nacht

Der letzte Weg in guten Händen
www.der-bestatter-halle.de



© GuidoVidaly/Thinkstock

IMPRESSUM



Herausgeber:
mediaprint infoverlag gmbh
Lechstr. 2, 86415 Mering
Registergericht Augsburg, HRB 27606
USt-IdNr.: DE 118515205
Geschäftsführung:
Ulf Stornebel
Tel.: 08233 384-0
Fax: 08233 384-247
info@mediaprint.info



in Zusammenarbeit mit:
Landkreis Saalekreis
Domplatz 9, 06217 Merseburg (Saale)

Redaktion:
Verantwortlich für den amtlichen Teil:
Landkreis Saalekreis, Domplatz 9,
06217 Merseburg (Saale)
Verantwortlich für den sonstigen
redaktionellen Inhalt: mediaprint infoverlag gmbh
Verantwortlich für den Anzeigenteil:
mediaprint infoverlag gmbh, Goran Petrasevic

Angaben nach Art. 8 Abs. 3 BayPrG:
Alleinige Gesellschafterin der mediaprint infoverlag
gmbh ist die Media-Print Group GmbH, Paderborn

Quellennachweis für Fotos / Abbildungen:
Titel: © Maria.P. / Fotolia
Seite 1: © freistil / Karin Böhme
Weitere Quellenangaben sind an den
jeweiligen Fotos vermerkt.

06217298 / 1. Auflage / 2021

Druck:
Wicher Druck
Otto-Dix-Str. 1
07548 Gera

Papier:
Umschlag:
250 g Bilderdruck, dispersionslackiert
Inhalt:
115 g, weiß, matt, chlor- und säurefrei

Titel, Umschlaggestaltung sowie
Art und Anordnung des Inhalts sind
zugunsten des jeweiligen Inhabers
dieser Rechte urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck und
Übersetzungen in Print und Online
sind – auch auszugsweise – nicht
gestattet.



Notfalllotse
Persönliche Dokumente für den Notfall