

Info- und Vorsorgemappe

Wer – Was - Wo



Name:

Adresse:

NAH FÜR DICH.
DA FÜR DICH.



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

Wichtige Telefonnummern



Rettung – Notruf	144
Polizei – Notruf	133
Feuerwehr – Notruf	122
Gas – Notruf	128
Hausärztlicher Notdienst – HÄND	141
Apothekennotdienst	1455
Telefonseelsorge	142
Gesundheitsnummer	1450
Rotes Kreuz	07242/202020
Klinikum Wels-Grieskirchen	07242/415/0

Persönliche Daten

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Versicherungsnummer

Sozialversicherungsanstalt

Rezeptgebührenbefreiung

ja

nein

Familienstand

Religion

Pass-/Ausweis Nr.

Blutgruppe

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Hausarzt

Telefonnummer

Facharzt

Telefonnummer

Gemeindeamt

Hausbank

Vermieter

Notariat/Rechtsanwalt

Pfarramt

pensionsauszahlende Stelle(n)

Meine wichtigsten Ansprechpersonen:

Ehe-/Lebenspartner

Telefonnummer

Kinder:

Name

Telefonnummer

Bevollmächtigter:

Name

Telefonnummer

Weitere vertraute Personen/Nachbarn:

Name

Telefonnummer

Weitere wichtige Telefonnummern:

Name

Telefonnummer

Gesundheitsdaten



Hausarzt

Telefonnummer

Ärztliche Diagnosen/Vorerkrankungen/Infektionskrankheiten/Operationen

Blutverdünnung

ja

nein

Blutgruppe:

Allergien:

Derzeit eingenommene Medikamente – Datum: _____

Bezeichnung	morgens	mittags	abends

Pflegegeldbezug

ja

nein

Stufe: _____

seit: _____

Auszahlende Stelle: _____

Antikoagulationsausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfpass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergiepass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnprothese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knie-/Hüftgelenk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Implantate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Transplantation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der Transplantation	_____	

Datum: _____

Sonstige Krankheiten:

Fachärzte:

Aufbewahrungsort für Befunde etc.:

Dokumente

	<u>vorhanden</u>	
	ja	nein
Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiratsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsbürgerschaftsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterbeurkunde (Witwe/er)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldezettel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisepass/Personalausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führerschein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behindertenpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergabevertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufbewahrungsort der Dokumente _____

Dokumente auf Datenträger ja nein

Aufbewahrungsort des Datenträgers _____

Ich werde betreut von:

	AnsprechpartnerIn	Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	_____	_____
<input type="checkbox"/> Soziale Dienste	_____	_____
<input type="checkbox"/> 24 Stunden Betreuung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Privatperson(en)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rufhilfe/Verein	_____	_____

Einkommen/Ausgaben/Versicherungen

Einnahmen

Bezugs-/Pensionsauszahlende Stelle(n)

Unterhaltsansprüche

Wohnbeihilfe

Pflegegeld

Familienbeihilfe

Erhöhte Familienbeihilfe

Ausgaben

Höhe

Miete

Rückzahlung Wohnraum

Strom

Heizkosten

Betriebskosten

Wasser, Kanal, Müllabfuhr

Rauchfangkehrer

Radio/TV

Festnetz/Handy/Internet

Kredit-/Leasingrate

Garagen-/Platzmiete

Schuldenrückzahlungen

Zeitungsabonnement

Mitgliedsbeiträge Vereine	_____
Alimente/Unterhaltszahlungen	_____
Kirchenbeitrag	_____
Mobile Dienste	_____
Haushaltshilfen	_____
Essen auf Rädern	_____
Sonstige Ausgaben	_____

Versicherungen

	Versicherungsanstalt	Prämie	Zahlungsintervall
Rechtsschutz	_____	_____	_____
Krankenzusatz	_____	_____	_____
Unfall	_____	_____	_____
Private Pensionsvorsorge	_____	_____	_____
Gebäude/Haushalt	_____	_____	_____
Lebensversicherung	_____	_____	_____
Kfz-Haftpflicht/-Kasko	_____	_____	_____
Begräbnisvorsorge	_____	_____	_____
Weitere Versicherungen	_____	_____	_____

Bestattungswünsche

Ich habe eine Begräbnisvorsorge
Versicherungsgesellschaft: ja nein

Ich wünsche eine Krankensalbung
Pfarre ja nein

Bestattungsart:

- Erdbestattung Feuerbestattung
 anonyme Bestattung
 Sonstiges _____
 gewünschte Kleidung: _____

Bestattungsort:

Ich wünsche eine Bestattung auf dem Friedhof in

Eine Grabstätte ist vorhanden ja nein

Wünsche für die Trauerfeier

- Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen
 Ich wünsche eine ortsübliche Bestattung
 Ich wünsche eine alternative Bestattungsform _____
 Musik: _____
 Essen: _____
 Sonstiges: _____

Folgende Unterlagen braucht der/die BestatterIn:

- Geburtsurkunde
- Österr. Staatsbürgerschaftsnachweis
- Reisepass (bei nicht österr. StaatsbürgerInnen)
- Heiratsurkunde bzw. Urkunde zur eingetragenen Partnerschaft

Angehörige und FreundInnen, die im Todesfall zu benachrichtigen sind bzw. eine Todesanzeige erhalten sollen

Vorname, Name:	Straße, Hausnummer, PLZ/Ort:	Telefon:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Checkliste:

Was ist nach einem Todesfall zu erledigen?	erledigt:
1. Bestattungsunternehmen beauftragen	<input type="checkbox"/>
2. Krankenkasse verständigen	<input type="checkbox"/>
3. Pensionsversicherungsträger benachrichtigen	<input type="checkbox"/>
4. Vereine benachrichtigen	<input type="checkbox"/>
5. Testament ans Notariat oder Nachlassgericht übergeben	<input type="checkbox"/>
6. Finanzamt verständigen	<input type="checkbox"/>
7. Versicherungen verständigen	<input type="checkbox"/>
8. Mitgliedschaften kündigen	<input type="checkbox"/>
9. Radio, TV abmelden	<input type="checkbox"/>
10. Mietwohnung, Garage kündigen	<input type="checkbox"/>
11. Strom/Gas/Wasser ablesen lassen	<input type="checkbox"/>
12. Abonnements kündigen	<input type="checkbox"/>
13. Kraftfahrzeug abmelden	<input type="checkbox"/>
14. Änderung Grundbuch	<input type="checkbox"/>
15. Grabpflege organisieren	<input type="checkbox"/>
16. Sonstiges:	

ACHTUNG SENSIBLE DATEN! NUR AN VERTRAUENSPERSONEN ÜBERGEBEN!

Bankverbindung(en)

Bankinstitut _____

Kontoinhaber/in _____

IBAN _____

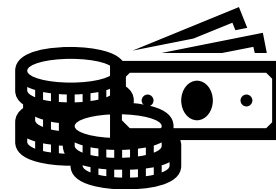
BIC _____

Zeichnungsberechtigte _____

Bestehende Dauer-/Abbuchungsaufträge:

Weitere Bankverbindungen:

Ersparnisse/Vermögen



Was?	Konto/Depot- oder Vertragsnummer
Sparbuch:	_____
Online-Sparen:	_____
Bausparvertrag:	_____
Wertpapierdepot:	_____
Aktien:	_____
Veranlagungs-Ansparprodukte:	_____
Haus-/Grund-/Immobilieigentum:	_____
Bankschließfach:	_____
Weitere Vermögenswerte:	_____

Aufbewahrungsort der Dokumente:
