

Notfall- und Vorsorgemappe

Unterlagen von:



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Die Vorsorgemappe erklärt	4
Beratungsstellen	5
Notfallbogen	6
Notfallkarte	9
Notfalldose	10
Vorsorgevollmacht	11
Betreuungsverfügung	16
Patientenverfügung	18
Zentrales Vorsorgeregister	25
Biografiebogen	26
Was ist mir noch wichtig?	29
Checkliste für weitere relevante Vorsorgethemen	31
Ansprechstellen im Landkreis für Vorsorgethemen	32
Außerdem	34

Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

jede erwachsene Person kann in die Situation geraten, wichtige Entscheidungen nicht mehr selbst treffen zu können – sei es durch einen Unfall, eine Krankheit oder im Alter. Umso wichtiger ist es, bereits in gesunden Tagen vorzusorgen und die eigenen Angelegenheiten klar und verlässlich zu regeln.

Mit der mittelsächsischen Vorsorgemappe möchten wir Ihnen eine auf unseren Landkreis abgestimmte Unterstützung an die Hand geben. Sie bietet eine geordnete Möglichkeit, wichtige Dokumente, Kontaktdaten und persönliche Festlegungen für Notfälle, Pflegebedürftigkeit und rechtliche Vorsorge zu bündeln.

Die Vorsorgemappe richtet sich sowohl an ältere Menschen, die unmittelbar oder mittelbar von Pflegebedürftigkeit betroffen oder bedroht sind, als auch an deren Angehörige, das soziale Umfeld und mögliche Pflegepersonen. Sie dient als erste Orientierungshilfe und stellt verlässliche Informationen zu pflegerischen und sozialrechtlichen Fragestellungen bereit.

Ziel ist es, die Eigenverantwortung zu stärken und Betroffenen, Angehörigen, Betreuenden sowie Pflegekräften eine einfache und praktische Handhabung zu ermöglichen. Darüber hinaus soll die Mappe die rechtliche und pflegerische Vorsorge erleichtern, die Kommunikation zwischen allen Beteiligten verbessern und für die Bedeutung frühzeitiger Vorsorge sensibilisieren.

Eine rechtzeitige Auseinandersetzung mit diesen Themen schafft Sicherheit und ermöglicht es, auch in schwierigen Lebensphasen selbstbestimmt zu handeln. Gleichzeitig gibt sie den Menschen, die Ihnen nahestehen, Orientierung und Handlungssicherheit.

Ich möchte Sie daher ermutigen: Setzen Sie sich mit diesen Fragen auseinander und kommen Sie mit Ihren Angehörigen ins Gespräch. Nehmen Sie sich bewusst Zeit dafür – denn nur so können Ihre persönlichen Wünsche auch dann berücksichtigt werden, wenn Sie selbst nicht mehr in der Lage sind, diese zu äußern.



Ihr Sven Krüger

Landrat des Landkreises Mittelsachsen

Die Vorsorgemappe erklärt

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

Unfälle, Krankheiten oder Fragen zum Lebensende betreffen uns alle, oft unerwartet und zu einem Zeitpunkt, an dem wichtige Entscheidungen schnell getroffen werden müssen. Mit der Vorsorgemappe des Landkreises Mittelsachsen möchten wir Sie ermutigen, sich frühzeitig und bewusst mit diesen Themen auseinanderzusetzen.

Die Vorsorgemappe hilft Ihnen, persönliche und medizinische Daten sowie rechtliche Unterlagen, insbesondere Vorsorgevollmacht, Patienten- und Betreuungsverfügung, übersichtlich zu erfassen. So haben Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte sowie Bevollmächtigte und Betreuerinnen und Betreuer im Bedarfsfall schnell Klarheit über Ihre Wünsche und wichtige medizinische Informationen.

Darüber hinaus enthält die Vorsorgemappe einen Biografiebogen, in dem Sie Ihre Lebensgeschichte, Vorstellungen und persönlichen Vorlieben festhalten können, sowie eine Übersicht weiterer Vorsorgethemen, die Sie eigenständig bearbeiten und vertiefen können.

Je ausführlicher Sie sich mit Familie oder Vertrauenspersonen über diese Themen austauschen, desto leichter können Entscheidungen später in Ihrem Sinne getroffen werden.

Mit der Vorsorgemappe möchten wir Ihnen, Ihren Angehörigen und allen Beteiligten Orientierung, Sicherheit und Entlastung in allen Lebenslagen bieten.

Folgende Hinweise sollten Sie beachten:

- » Halten Sie alle Einträge aktuell.
- » Bewahren Sie die Mappe griffbereit an einem bestimmten Ort auf und informieren Sie Angehörige.
- » Ergänzen Sie die Mappe um aktuelle Arztbriefe, Entlassungsberichte und Diagnosen.



Wichtig: Legen Sie in die Vorsorgemappe nur Kopien und keine Originale (diese sollten an einem separaten Platz abgelegt werden)!

- » Beachten Sie bitte die Hinweise zu den Formularen in der Vorsorgemappe.



Beratungsstellen

Allgemeine Beratung zur Vorsorgevollmacht, zur
Betreuungsverfügung und zum Betreuungsrecht
sowie Informationen zur Patientenverfügung

**Referat Betreuungsbehörde und Erwachsenensozialdienst
vom Landratsamt Mittelsachsen**

☎ 03731 799-6412

✉ betreuungsbehoerde@landkreis-mittelsachsen.de

Beratung zur Vorsorgevollmacht, Betreuungsrecht und Patientenverfügung

Betreuungsverein Freiberg e.V.

☎ 03731 7984 787

✉ info@btv-freiberg.de

Betreuungsverein Mittweida e.V.

☎ 03727 6214 23

✉ kontakt@betreuungsverein-mittweida.de

Notfallnummern

» **Polizei**

☎ 110

» **Feuerwehr, Rettungsdienst**

☎ 112

» **Ärztlicher Bereitschaftsdienst**

☎ 116 117

» **Gift-Notruf**

☎ 0361 730730 (Sachsen)

» **Sperr-Notruf (EC-Karte, SIM-Karte, etc.)**

☎ 116 116

» **Telefonseelsorge**

☎ 0800 1110-222 oder

☎ 0800 1110-111

» **Pflegetelefon für pflegende Angehörige**

☎ 030 20179131



Notfallbogen

Wichtige Daten im Überblick

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Wohnsituation: ☐ alleinlebend ☐ nicht alleinlebend

Telefon: _____

Mobil: _____

Krankenversicherung:
(Kasse, Versichertennummer) _____

Notfallkontakte

1. Kontaktperson:
(Name, Beziehung) _____

Adresse: _____

Telefon: _____

2. Kontaktperson:
(optional) _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Wer besitzt einen
Notfallschlüssel? _____

Ärztliche und pflegerische Versorgung

Hausarzt/Hausärztin:

(Name, Telefon)

Wichtige Fachärzte/Fachärztinnen:

(max. 2-3, optional)

Pflegegrad:

(falls vorhanden)

Pflegedienst:

(Name, Telefon, falls vorhanden)

Medizinische Informationen

Wichtige Erkrankungen:

(z. B. Herzkrankheit, Diabetes,
Epilepsie)

Allergien/Unverträglichkeiten:

(z. B. Medikamente, Lebensmittel)

Regelmäßig einzunehmende
Medikamente:

Wenn vorhanden,

Ort des Medikamentenplans:

Blutgerinnungshemmende

Medikamente:

(z. B. Marcumar, Eliquis)

Wichtige Implantate/Hilfsmittel:

(z. B. Herzschrittmacher,
Prothesen, Brille, Hörgerät)

Weitere wichtige Informationen:

Verfügungen und Vollmachten

Patientenverfügung vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wo hinterlegt?

Vorsorgevollmacht vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wo hinterlegt?

Betreuungsverfügung vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wo hinterlegt?

Organspendeausweis vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wo hinterlegt?



Notfallkarte

Bitte vollständig ausfüllen, ausschneiden und in der Geldbörse (vorzugsweise bei der Krankenversicherungskarte) aufbewahren.

Notfallkarte	
Meine Daten Name: _____ Geb.datum: _____ Wohnort: _____	Vorsorgevollmacht vorhanden: ☐ ja ☐ nein Patientenverfügung vorhanden: ☐ ja ☐ nein
Notfallkontakt 1 Name: _____ Bez.: _____ Telefon: _____	Allergien & Unverträglichkeiten _____ _____
Notfallkontakt 2 Name: _____ Bez.: _____ Telefon: _____	Wichtige Erkrankungen _____ _____
Hausarzt/Hausärztin Name: _____ Telefon: _____	Wichtige Medikamente _____ _____
	Versorgung sicherstellen für (z. B. Person/Haustier) _____ _____
	Vorsorgemappe Ort: _____ Betreuung: _____



Fügen Sie den Notfallpass auf Ihrem Handy dazu. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihre Angehörigen oder an Ihr Mobilfunkfachgeschäft. Achten Sie aber bitte darauf, welche Daten Sie preisgeben.

Notfalldose



In Notsituationen benötigen Rettungskräfte schnell verfügbare Informationen über die betroffene Person. Dies kann lebenswichtig sein, stellt jedoch gerade bei nicht ansprechbaren oder alleinlebenden Menschen eine Herausforderung dar.

Die Notfalldose ist hierbei eine gute Lösung: Das ausgefüllte Infoblatt in der Dose enthält wichtige gesundheitsbezogene Informationen zur Person. Durch die Aufbewahrung im Kühlschrank wissen Rettungskräfte in Notfallsituationen sofort, wo die Informationen verwahrt sind, so dass eine langwierige Suche entfällt.

Erklärvideo zur Notfalldose:



Der Landkreis Mittelsachsen stellt eine begrenzte Anzahl dieser „Retter aus dem Kühlschrank“ Bürgerinnen und Bürgern kostenfrei zur Verfügung. Interessierte können sich an die jeweilige Stadt- oder Gemeindeverwaltung vor Ort werden.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vollmacht, auch Vorsorgevollmacht genannt, können Sie Ihre Selbstbestimmung wahren, indem Sie eine Vertrauensperson oder auch mehrere Vertrauenspersonen bevollmächtigen, die im Bedarfsfall in Ihrem Sinne handeln und Entscheidungen treffen können.

Als Bevollmächtigte können neben (Ehe-)Partnern/ Partnerinnen, Eltern, erwachsene Kinder oder andere nahestehende Personen in Frage kommen. Es können auch mehrere Personen mit unterschiedlichen Aufgaben beauftragt werden oder einzeln oder gemeinsam vertretungsberechtigt sein.



Ehegattenvertretungsrecht

Seit 2023 gibt es in akuten Krankheits-situationen ein gesetzliches Ehegattenver-tretungsrecht: Wenn Ehegatten/Ehegattin-nen aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit selbst nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen in Gesundheitsangelegen-heiten zu treffen, darf dies für ihn/sie die jeweils andere verheiratete Person für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten übernehmen.

Ausführliche Informationen:



SCAN MICH

Scannen Sie diesen QR-Code mit Ihrer Handyka-mera und erfahren Sie mehr zum Thema Vorsorge-vollmacht beim Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz.



Auch Ehepartner/Ehepartnerinnen sollten sich gegenseitig bevollmächtigen, da das Ehegattenvertretungsrecht nur für den gesundheitlichen Bereich und nur für sechs Monate befristet gilt.

- » Besprechen Sie Ihre Wünsche mit Ihrem, Ihrer oder Ihren Bevollmächtigten und lassen Sie die Vollmacht am besten von ihm, ihr oder ihnen unterschreiben.
- » Sie können die Vorsorgevollmacht bei der Betreuungsbehörde öffentlich beglaubigen lassen.
- » Für Verfügungen über Grundbesitz reicht in der Regel eine öffentlich beglaubigte Vollmacht. Geht es aber um Immobilien-geschäfte, Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens empfiehlt sich eine notarielle Beratung und Beurkundung.
- » Für die Wahrnehmung von Bankgeschäf-ten ist es ratsam, eine ergänzende Voll-macht gegenüber der Bank zu erteilen - um praktischen Problemen aus dem Weg zu gehen, am Besten direkt vor Ort in Anwesenheit eines/einer Bankmit-arbeitenden.
- » Die Vorsorgevollmacht wird mit dem Tod des Vollmachtgebers oder der Vollmacht-geberin unwirksam, wenn nicht explizit angegeben wird, dass die Vorsorgevoll-macht über den Tod hinaus gilt.

Vollmacht Seite 1

Vollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

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 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.

Fortsetzung Seite 2

1. 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 eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB). ☐ 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. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. ☐ ja ☐ nein
- Solange es erforderlich ist, darf sie
 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB) ☐ ja ☐ nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) ☐ ja ☐ nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB) ☐ ja ☐ nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB) ☐ ja ☐ neinentscheiden.
- ---
- ---
- ---

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ☐ ja ☐ nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ☐ ja ☐ nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ☐ ja ☐ nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. ☐ ja ☐ nein
- ---

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. ☐ ja ☐ nein

■

4. 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 (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ☐ ja ☐ nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ☐ ja ☐ nein

- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ☐ ja ☐ nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**) ☐ ja ☐ nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). ☐ ja ☐ nein

■

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

■

■

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).

2. Für die Vermögenssorge 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.

Fortsetzung Seite 4

5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

☐ ja ☐ nein

6. Vertretung vor Gericht

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

☐ ja ☐ nein

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

☐ ja ☐ 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.

☐ ja ☐ nein

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ ja ☐ nein

10. Weitere Regelungen

■

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Betreuungsverfügung

Haben Sie keine Person, der Sie eine Vorsorgevollmacht erteilen möchten, ist eine Betreuungsverfügung ratsam. In einer Betreuungsverfügung beschreiben Sie Wünsche und Vorstellungen, die für das Betreuungsgericht und den bestellten Betreuer oder die bestellte Betreuerin bindend sind. Diese müssen berücksichtigt werden, soweit sie wirtschaftlich ermöglicht werden können und Ihrem Wohl nicht schaden.

Die in der Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person wird vom Gericht geprüft und bei Eignung zu Ihrem Betreuer oder Ihrer Betreuerin bestimmt. Er/sie übernimmt dieselben Aufgaben wie die mit einer Vorsorgevollmacht ausgestattete Person, wird aber vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Auch in der Betreuungsverfügung können Sie entweder nur eine Person oder aber mehrere Personen einsetzen, die Ihre Betreuung übernehmen.

Sie sollten auch ausdrücklich festhalten, welche Personen Sie sich nicht als Betreuer oder Betreuerin wünschen.

Die Betreuungsverfügung kann durch die Bereuungsbehörde öffentlich beglaubigt oder notariell beurkundet werden.

Ausführliche Informationen:



Scannen Sie diesen QR-Code mit Ihrer Handykamera und erfahren Sie mehr zum Thema Betreuungsverfügung beim Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz.

Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

■ **Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:**

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum

Unterschrift

Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung legen Sie fest, welche medizinischen Maßnahmen Sie wünschen oder ablehnen, wenn Sie nicht mehr selbst entscheiden können.

Die Patientenverfügung ist verbindlich für das behandelnde medizinische Team sowie ggf. für Bevollmächtigte, gesetzliche Betreuer oder Betreuerinnen sowie Familienangehörige.

Damit bei wichtigen Entscheidungen kein Spielraum bleibt, sollten Ihre Wünsche möglichst präzise und eindeutig formuliert sein.

Sie können in Ihrer Patientenverfügung auch Wertvorstellungen sowie Ihre religiöse Anschauung festhalten.

Ausführliche Informationen:



Scannen Sie diesen QR-Code mit Ihrer Handykamera und erfahren Sie mehr zum Thema Patientenverfügung beim Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz.



- » Eine Patientenverfügung sollte grundsätzlich in schriftlicher Form abgefasst werden. Nutzen Sie bei den Formulierungen in der Patientenverfügung Textbausteine sowie Beispielszenarien – dabei können Sie sich zusätzlich oder alternativ zu den Betreuungsvereinen, bei Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin oder anderen fachkundigen Personen informieren (meist gegen eine Gebühr).
- » Sowohl die Patientenverfügung als auch die Vorsorgevollmacht können auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden – sprechen Sie dazu mit Ihrem Hausarzt oder Ihrer Hausärztin.

Patientenverfügung

1. Eingangsformel

Ich,

(Name, Vorname)

geboren am

(Datum)

in

(Ort)

wohnhaft in

(Adresse)

erreichbar unter

(Telefonnummer, ggf.

E-Mail-Adresse/Telefaxnummer)

bestimme hiermit Folgendes für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn ...

- ☐ ... ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ☐ ... ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☐ ... ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden, s. u.) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder 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 unwahrscheinlich ist.

Gegebenenfalls Benennung der Ärztinnen/Ärzte, die die Einschätzung vornehmen sollen:

1. _____

Name des Arztes/der Ärztin

Adresse

Telefonnummer

2. _____

Name des Arztes/der Ärztin

Adresse

Telefonnummer

- ☐ ... ich infolge eines 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.

- ☐ **Zusätzliche Anwendungssituationen:**
Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- ☐ ... auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

oder

- ☐ ... dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, ...

- ☐ ... aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

oder

- ☐ ... wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- ☐ ... die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ☐ ... dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- ☐ ... dass eine künstliche Ernährung nur zur Beschwerdelinderung nach ärztlichem Ermessen erfolgt.

oder

- ☐ ... dass keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge), erfolgt.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ☐ ... eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

oder

- ☐ ... die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

oder

- ☐ ... die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr

Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ☐ ... in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.
oder
- ☐ ... die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- ☐ ... dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens ...

- ☐ ... lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
oder
- ☐ ... lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ☐ ... eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- ☐ ... dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ☐ ... eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- ☐ ... dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ☐ ... Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- ☐ ... Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.
oder
- ☐ ... keine Antibiotika.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ☐ ... die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- ☐ ... die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.
oder
- ☐ ... keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

4. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte ...

- ☐ ... zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
oder
- ☐ ... wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
oder
- ☐ ... wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte ...

- ☐ ... Beistand durch folgende Personen:

- ☐ ... Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

- ☐ ... hospizlichen Beistand.

5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- ☐ ... Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

- ☐ ... Die genannten Personen dürfen ihrerseits die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das nichtärztliche Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

6. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- ☐ ... Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) - z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) - soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- ☐ ... Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

- ☐ ... In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/ pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

(nur eine Person benennbar)

- ☐ meinem/meiner Bevollmächtigten.
☐ meinem Betreuer/meiner Betreuerin.
☐ dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.
☐ andere Person:

- ☐ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/ das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

(nur eine Person benennbar)

- ☐ meinem/meiner Bevollmächtigten.
☐ meinem Betreuer/meiner Betreuerin.
☐ dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.
☐ andere Person:

7. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- ☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt.
- ☐ Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigte(r):

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Adresse

Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse/Telefaxnummer

- ☐ Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl einer Betreuerin oder eines Betreuers erstellt.
- ☐ Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir gewünschten Betreuerin/dem von mir gewünschten Betreuer besprochen.

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Adresse

Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse/Telefaxnummer

8. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt

- ☐ Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- ☐ sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

9. Organspende

- ☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: und habe einen Organspendeausweis ausgefüllt c). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
(Alternativen)
- ☐ geht die von mir gesondert erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- ☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
oder
- ☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

10. Schlussformel

- ☐ Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

11. Schlussbemerkungen

- ☐ Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- ☐ Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- ☐ Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- ☐ Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

12. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch bzw. beraten lassen durch:

Hinweis: Die Inanspruchnahme einer Beratung durch eine fachkundige Person oder Organisation ist nicht Wirksamkeitsvoraussetzung der Patientenverfügung. Entscheiden Sie sich gegen eine Beratung, nehmen Sie jedoch das Risiko in Kauf, dass Ihre Patientenverfügung etwa aufgrund von Ungenauigkeiten oder Ungereimtheiten keine Bindungswirkung entfaltet. Dieses Formular dient nur als Handreichung zur Erstellung einer Patientenverfügung und kann eine fachkundige Beratung nicht ersetzen.

13. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Name, Vorname

wurde von mir am

Datum

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum, Stempel & Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Hinweis: Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden. Eine Patientenverfügung ist nur wirksam, wenn sie im Zustand der Einwilligungsfähigkeit abgefasst worden ist. Um im Vorsorgefall etwaige Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit möglichst rechtssicher ausräumen zu können, wird empfohlen, die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung von einem Arzt oder Notar bestätigen zu lassen.

14. Geltung

- ☐ Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
oder
☐ Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von

Zeitangabe

ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Ort, Datum Unterschrift des/der Verfügenden

Aktualisierung

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend (Alternativen)

- ☐ in vollem Umfang.
oder
☐ mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum Unterschrift des/der Verfügenden

Zentrales Vorsorgeregister

Gegen eine geringe Gebühr können Sie Ihre Vorsorgevollmacht, die Betreuungs- und Patientenverfügung oder auch den Widerruf gegen das Ehegattenvertretungsrecht im Zentralen Vorsorgeregister registrieren lassen.

Die Registrierung ermöglicht es Betreuungsgerichten und Ärzten oder Ärztinnen, im Notfall schnell auf Ihre Wünsche zuzugreifen und Ihre Vertrauensperson zu informieren.

Wenn Sie Ihre Vorsorgeangelegenheiten von einem Notar oder einer Notarin beurkunden lassen, kann dieser oder diese für Sie die Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister übernehmen.

☎ 0800 35 50 500

✉ info@vorsorgeregister.de

www.vorsorgeregister.de



Biografiebogen

Mit einem Unfall oder einer schweren Krankheit kann einhergehen, dass man sich nicht mehr richtig mitteilen kann. Gerade dann ist es wichtig, dass medizinisches und pflegerisches Personal sowie Ihre Angehörigen über Ihre persönlichen Vorlieben und Abneigungen Bescheid wissen. So kann darauf Rücksicht genommen werden, was die Situation für Sie angenehmer macht.

Ein Biografiebogen hilft Ihnen festzuhalten, was Ihnen guttut und was nicht. Notieren Sie dafür, welche Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten Sie für die verschiedenen Bereiche haben. Die Beispiele helfen Ihnen dabei.

Kommunikation (z.B. bevorzugte Ansprache mit "Du"; verstehe nur wenig Deutsch):

Bewegung (z.B. gehe nicht gern spazieren):

Vitalfunktionen (z.B. habe am Morgen immer niedrigen Blutdruck):

Körperpflege (z.B. dusche jeden Tag; bade nicht gerne; benutze nie Rasierwasser):

Essen und Trinken (z.B. esse gerne deftig; brauche morgens einen schwarzen Kaffee):

Toilettengang (z.B. keine Begleitperson erwünscht; Toilettengang nach dem Frühstück):

Kleidung (z.B. trage am liebsten Röcke; trage auch im Winter Kurzarm):

Ruhe und Schlaf (z.B. auf der rechten Seite schlafen; schlafe mit geöffnetem Fenster):

Tägliche Routine (z.B. lese jeden Morgen Zeitung; mag keine klassische Musik;
schaue jeden Tag die Tagesschau um 20 Uhr):

Sich als Mann/Frau fühlen (z.B. benutze immer roten Lippenstift von Dior;
mag keine kurzen Haare; schminke mich jeden Morgen; rasiere mich vorm Frühstück):

Sicherheit (z.B. Angst im Dunkeln; schlafe bei Licht):

Soziale Bereiche (z.B. mag gerne Gesellschaft; bin Einzelgänger):

Persönliches (z.B. komme schlecht mit Konflikten klar; bin ein Morgen-Muffel):

Umgang mit dem Tod (z.B. habe keine Angst vor dem Tod, aber davor zu leiden):



Was ist mir noch wichtig?

Kenntnisse über Werte, prägende Erlebnisse und Persönlichkeitsmerkmale von Ihnen helfen den Pflegeteams und Ihren Angehörigen, ebenfalls besser auf Ihren Charakter und Ihre Wünsche eingehen zu können. Daher wird empfohlen, diese schriftlich festzuhalten und Ihren Vorsorgeunterlagen hinzuzufügen.

Folgende Fragen sollen Ihnen als Inspiration dienen:

- » Was möchten Sie über sich mitteilen, was andere über Sie wissen sollten?
- » Wie würden nahestehende Personen Sie beschreiben?
- » Welche Ereignisse haben Sie geprägt?
- » Welche Erinnerungen sind besonders schön und welche nicht?
- » Welche Werte haben Sie in Ihrem Leben begleitet?
- » Welchen Umgang wünschen Sie bei Krankheit?
- » Was hilft Ihnen? Haben Sie Ängste und/oder schlechte Erfahrungen, auf die Rücksicht genommen werden sollte?
- » Üben Sie eine Religion aus? Was ist Ihnen daran besonders wichtig?
- » Was möchten Sie noch erleben?
- » Haben Sie Begabungen und Leidenschaften?
- » Haben Sie ein Hobby/Hobbys, welche(s) Sie in Ihrem Leben ausgeführt haben?
- » Haben Sie in der Gegenwart oder in der Vergangenheit ein Ehrenamt bekleidet?
- » Welche Musik hören Sie gern und welche nicht? Welche Kunst mögen Sie und welche nicht?
- » Welche Freizeitaktivitäten oder Tätigkeiten mögen Sie? Welche davon üben Sie regelmäßig aus?
- » Welche sportlichen oder mit Bewegung verbundene Aktivitäten mögen Sie? Welche davon üben Sie regelmäßig aus?
- » Mögen/Haben Sie Tiere? Gibt es Tiere, die Ihnen Angst machen?
- » Welche Gerüche sind für Sie angenehm oder unangenehm?
- » Welche Farben mögen Sie besonders gern und welche nicht?

[illegible]

Checkliste für weitere relevante Vorsorgethemen

Neben den in dieser Mappe erfassten Daten und Dokumenten gibt es zahlreiche weitere Themen, die im Zusammenhang mit Vorsorge von Bedeutung sind. Bitte bedenken Sie, dass diese Themen individuell sehr unterschiedlich sein können. Wir empfehlen Ihnen, sich dazu mit Ihren Angehörigen

oder einer Vertrauensperson auszutauschen und die entsprechenden Informationen separat und sicher aufzubewahren. Für viele dieser Bereiche und weitere Themen, die Sie beschäftigen, können Sie sich auch an die Landkreisverwaltung wenden.

Checkliste - was ist noch wichtig und was brauche ich noch:

- » **Persönliche Dokumente**, z. B. Ausweise, Urkunden, Zeugnisse, Verträge
- » **Gesundheitsdokumente**, z. B. Impfpass, ärztliche Atteste, Medikamentenplan, Checkliste für die Krankenhauseinweisung
- » **Versicherungen**, z. B. Kranken-, Pflege-, Renten-, Lebens-, Unfall-, Haftpflicht- und weitere relevante Versicherungen
- » **Verträge und Abonnements**, z. B. Strom, Gas, Telefon, GEZ, Internet, TV, Streamingdienste, Zeitungen
- » **Digitales** (Digitaler Nachlass¹), z. B. E-Mail-Konten, Online-Banking, soziale Netzwerke, Abos (Benutzernamen & Passwörter)
- » **Finanzen und Verbindlichkeiten**, z. B. Konten, Sparbücher, Kredite/Darlehen, Depot-/Fondverträge, Bausparverträge
- » **Wohnung und Eigentum**, z. B. Mietverträge, Grundbuchunterlagen, Immobilien, Besitzurkunden
- » **Mitgliedschaften**, z. B. Vereine, Verbände, Gewerkschaften, Parteien
- » **Kraftfahrzeuge**, z. B. Fahrzeugpapiere, Versicherungen, Mitgliedschaften
- » **Nachlass und Bestattung**, (Bestattungsvorsorge²) z. B. Testament, Bestattungswünsche, Verträge mit Bestattungsinstituten, Gestaltung der Trauerfeier, Traueranzeigen

¹ Informationen zur digitalen Vorsorge und zum digitalen Nachlass bietet die Verbraucherzentrale online unter www.verbraucherzentrale.de (Stichwort: digitale Vorsorge/digitaler Nachlass).

² Hinweise zur Bestattungsvorsorge im Freistaat Sachsen finden Sie online im Serviceportal Amt24 unter www.amt24.sachsen.de (Stichwort: Bestattungsvorsorge).



Ansprechstellen im Landkreis für Vorsorgethemen

Das Landratsamt Mittelsachsen ist in einer Vielzahl sozialer Angelegenheiten für Sie da.

Besucheradresse und Postadresse für alle Referate:

Besucheradresse:

Am Landratsamt 3, Haus A
09648 Mittweida

Postadresse:

Frauensteiner Straße 43
09599 Freiberg

Referat Bürgerservice Soziales

Bei diesem Referat kann sich über vielfältige Anliegen und allgemeine Anfragen informiert werden. Es ist erster Ansprechpartner für Ihr konkretes Anliegen.

Referat Hilfe zur Pflege

Das Referat Hilfe zur Pflege unterstützt Sie dann, wenn Leistungen der Pflegeversicherung und das eigene Einkommen/Vermögen nicht ausreichen, um notwendige Pflege zu finanzieren.

Referat Eingliederungshilfe

Das Referat Eingliederungshilfe hilft Ihnen, wenn Sie eine Behinderung haben oder von einer Behinderung bedroht sind. Ziel ist es, Ihnen eine individuelle Lebensführung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten bei den Rehabilitationsträgern nehmen Sie bitte Kontakt zu dem Referat auf.



Wussten Sie schon, dass Sie Anträge und relevante Unterlagen ganz bequem online einreichen können? Nutzen Sie dazu das Online-Formular, das unter folgendem QR-Code abrufbar ist:



Referat Schwerbehindertenrecht und Landesblindengeld

Das Referat stellt den Grad der Behinderung und Merkzeichen nach § 152 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) fest. Damit können Sie z.B. Ermäßigungen sowie Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen.

Zudem wird über die Gewährung von Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz entschieden.

Referat Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung

Das Referat Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung unterstützt Sie, wenn Sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Es gewährt finanzielle Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums. Ziel ist es, eine menschenwürdige Lebensführung und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Pflegenetz

Das Pflegenetz Mittelsachsen ist eine regionale Anlaufstelle für Betroffene rund um das Thema Pflege. Es agiert als Zusammenschluss aus Netzwerkpartnern im Landkreis, so dass Sie schnell und wohnortnah über Entlastungs- und Unterstützungsangebote beraten und informiert werden können.

Referat Wohngeld und BAföG

Der Bereich Wohngeld unterstützt Sie dann, wenn Ihr Einkommen gering ist und Sie einen Zuschuss zu Ihren Wohnkosten benötigen. Dabei wird sowohl die Mietwohnung als auch das selbst bewohnte Eigentum bezuschusst.

Ambulante Krebsberatung

Die Ambulante Krebsberatungsstelle bietet umfassende psychosoziale Beratung und Unterstützung für an Krebs erkrankte Personen und Ratsuchende. Die kostenfreien Beratungen können für immobile Betroffene auch in aufsuchender Tätigkeit erfolgen.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) ist ein niederschwelliger, d. h. ein allen offenstehender und leicht zugänglicher ambulanter Dienst für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder in seelischen Krisen. Angehörige und Institutionen können sich ebenso kostenfrei beraten lassen. Herausstellungsmerkmale des SpDi sind die aufsuchende Tätigkeit und die Lotsenfunktion bei der Koordinierung von Hilfen.

Der folgende QR-Code enthält wichtige Informationen zu Ansprechpersonen und zur Erreichbarkeit sowie häufig gestellte Fragen und Antworten.



Oder besuchen Sie uns direkt unter:
www.landkreis-mittelsachsen.de/das-amt/behoerden/leistungen-der-abteilung-soziales

Außerdem

Schockanrufe



Sie klingen verzweifelt, weinen am Telefon und behaupten, ein Angehöriger zu sein:
„Ich hatte einen Unfall – jemand ist tot – ich muss ins Gefängnis!“

Möchten Sie selbst hören, wie ein Schockanruf abläuft? Mehr Infos und weitere Tipps finden Sie unter: www.polizei-beratung.de/schockanrufe

Kurz darauf meldet sich ein angeblicher Polizist, bestätigt die Geschichte und fordert Geld für eine Kautions. Unter diesem Schock handeln viele unüberlegt – und verlieren oft ihre gesamten Ersparnisse.



**POLIZEILICHE
KRIMINALPRÄVENTION**
DER LÄNDER UND DES BUNDES

Bitte lassen Sie sich nicht unter Druck setzen!

So schützen Sie sich:

- » Auflegen: Beenden Sie das Gespräch sofort.
- » Prüfen: Rufen Sie eine vertraute Person an.
- » Stopp: Geben Sie niemals Geld oder Wertsachen an Unbekannte.
- » Im Notfall: Rufen Sie die Polizei unter der 110 an.

Bleiben Sie misstrauisch – echte Polizeibeamte fordern niemals Geld am Telefon.