

“Wir, für Sie, jederzeit“

Bestattungshaus Dippel

Hauptstraße 50

35260 Stadtallendorf

☎ 06428 – 92 98 960

www.Bestattungen-Stadtallendorf.de

Inh. Vanessa Dippel Bestatterin vom Handwerk geprüft

VORSORGEPLANER

FÜR MEINE BESTATTUNG

Wünsche, Abläufe und Formalitäten

An meine Hinterbliebenen

Auf den folgenden Seiten habe ich alle Informationen aufgeschrieben, die meine Bestattung betreffend wichtig sind.

Ich möchte Euch helfen, die schweren Entscheidungen, die nach meinem Tod auf Euch zukommen, abzunehmen.

Obwohl diese Wünsche Niemanden verpflichten, vertraue ich darauf, dass Ihr alles meinen Vorstellungen entsprechend durchführen werdet. Vielen Dank!

In lieber Erinnerung

Euer/Eure

Datum

Persönlichen Daten

Name _____

Name des Vaters: _____

Adresse _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Telefon _____

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Geburtsort: _____

Kontakt-Person /Anschrift: _____

Geburtsname: _____

Familienstand: ledig / verheiratet / verwitwet / geschieden

Name Partner/in ,evtl. Geburtsname: _____

Telefon: _____

Bitte halten Sie für die Kontaktperson folgende Unterlagen an einem gut erreichbaren Ort bereit. Unterrichten Sie die Kontaktperson wenn möglich darüber.

- Personalausweis
- Verheiratet: Stammbuch oder Heiratsurkunde

Verwitwet: Zusätzlich Sterbeurkunde

- Geschieden: Rechtskräftiges Scheidungsurteil, ggf. Heiratsurkunde
- Ledig: Geburtsurkunde, ggf. Heiratsurkunde Eltern
- Versicherungsverträge/Policen
- Testament
- Vollmachten (Post, Bank, etc.)
- Bestattungsvorsorgevertrag (mit dazugehörigen Vollmachten)
- sonstige wichtige Unterlagen und Dokumente

Bei fehlenden Unterlagen können wir Sie gerne recherchierend unterstützen.

Inhaltsverzeichnis

Testament

Mein letzter Wille

Was abgemeldet werden muss /Finanzielle Informationen Versicherungen /

Immobilien / Persönliche Wertgegenstände Die Bestattung

Adresslisten

Biografie

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Testament: JA Nein

Ich habe ein Testament: Handschriftlich: JA Nein

Datum des Testaments: _____

Hinterlegt bei: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Anwaltskanzlei / Notar: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Es ist in jedem Fall sinnvoll, ein Testament zu haben. Ehepaare jeden Alters sollten überlegen, wer Erbe sein soll, wenn einem Ehepartner etwas zustößt. Bei gemeinsamen Kindern kann der überlebende Ehegatte nur dann allein erben, wenn ein gültiges Testament vorliegt!

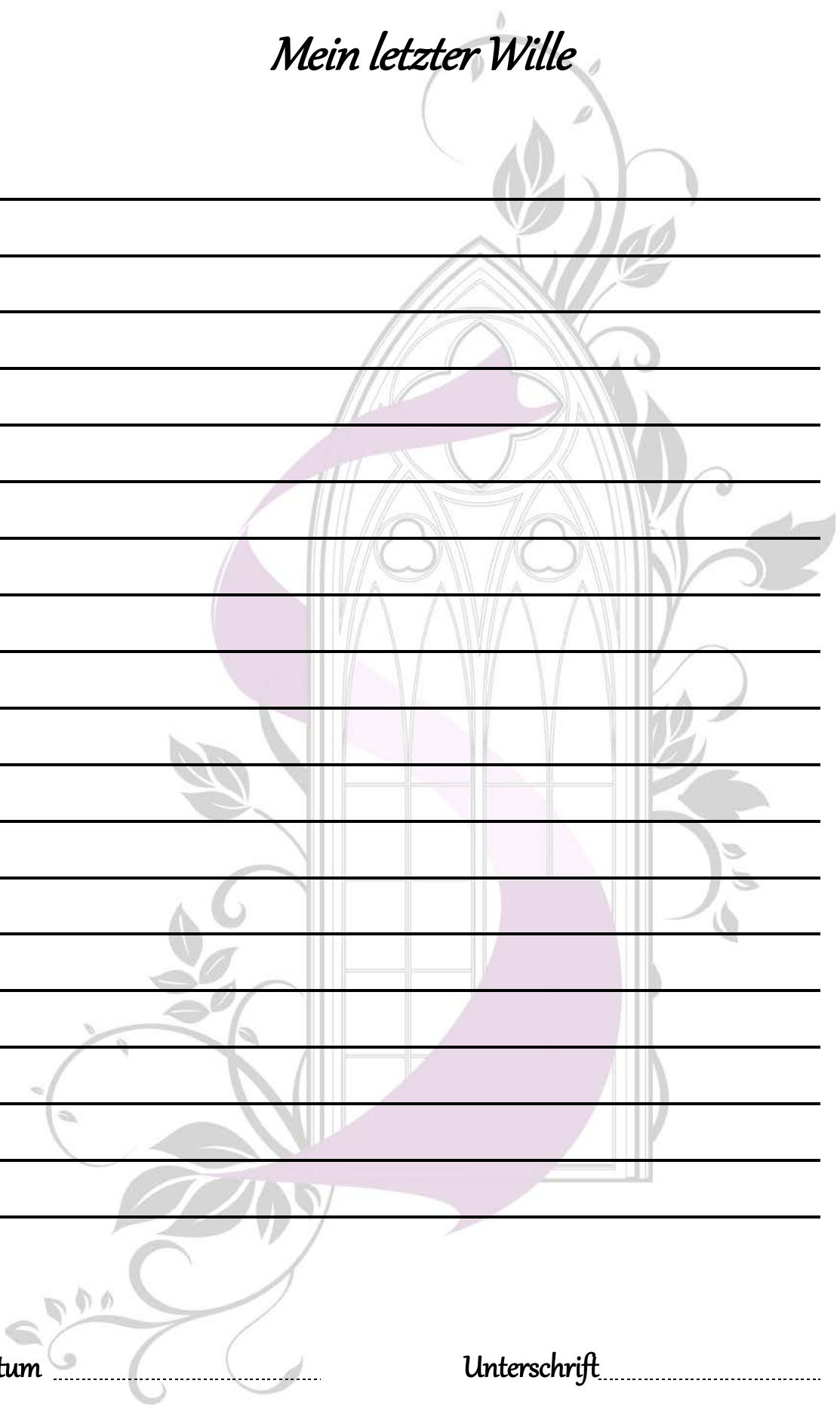
Das eigenhändige Testament muss handschriftlich verfasst und unterschrieben sein. Ehepaare können ein gemeinschaftliches Testament errichten. In diesem Fall müssen beide das von einem Ehepartner handschriftlich erstellte Testament unterschreiben. Unterschriften sollten immer mit dem vollen Vor- und Zunamen geleistet werden, damit keine Missverständnisse über die Identität von Personen entstehen. Weiterhin ist es äußerst wichtig, den Ort und das Datum der Niederschrift im Testament festzuhalten.

Wenn Sie ganz sicher gehen wollen, dass Ihr Testament auch in Kraft tritt, so geben Sie es beim Amtsgericht oder beim Notariat in amtliche Verwahrung.

Ist Ihr Testament beim Notar: Wird dies immer amtlich verwahrt und nach dem Tod des Erblassers geöffnet. Der Notar berät Sie, hilft bei der Formulierung und kennt auch die steuerlichen Folgen.

Die Kosten für ein Testament können bei einem Notar erfragt werden.

Mein letzter Wille



A decorative background featuring a purple ribbon that loops across the page. Behind the ribbon is a faint, stylized illustration of a Gothic window with intricate tracery. The entire page is framed by a dark purple border. The central area is filled with horizontal lines for writing.

Datum

Unterschrift

Was alles abgemeldet werden muss: Ort der Dokumente

Gesetzliche Rente: _____ Versorgungsamt: _____

Nummer: _____ Nummer: _____

Witwen/r Rente: _____ Sozialamt: _____

Nummer: _____ Nummer: _____

Betriebsrente: _____ Gewerkschaft: _____

Personalnummer: _____ Personalnummer: _____

Beamtenpension: _____ Vermieter: _____

Personalnummer: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Zeitschriften Abos: _____

KV- Nummer: _____

Sonstiges: _____

Finanzielle Informationen

Bank: _____ Kontonummer: _____

Bank: _____ Kontonummer: _____

Bank: _____ Kontonummer: _____

Bank: _____ Kontonummer: _____

Safe: _____ Nummer: _____

Bank: _____ Ort des Schlüssels: _____

Sonstige Vermögen (Auto, Aktien...)

Beschreibung: _____ Beschreibung: _____

Ort: _____ Ort: _____

Beschreibung: _____ Beschreibung: _____

Ort: _____ Ort: _____

Beschreibung: _____ Beschreibung: _____

Ort: _____ Ort: _____

Immobilien

Beschreibung: _____

Beschreibung: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Beschreibung: _____

Beschreibung: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Beschreibung: _____

Beschreibung: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Persönliche Wertgegenstände Soll erhalten

Wertgegenstände:

Name:

Lebens- / Risiko- / Sterbegeld- / Unfallversicherungen

Versicherungsart: _____

Versicherungsart: _____

Versicherung: _____

Versicherung: _____

Vertragsnummer: _____

Vertragsnummer: _____

Bezugsrecht: _____

Bezugsrecht: _____

Versicherungsart: _____

Versicherungsart: _____

Versicherung: _____

Versicherung: _____

Vertragsnummer: _____

Vertragsnummer: _____

Bezugsrecht: _____

Bezugsrecht: _____

Versicherungsart: _____

Versicherungsart: _____

Versicherung: _____

Versicherung: _____

Vertragsnummer: _____

Vertragsnummer: _____

Bezugsrecht: _____

Bezugsrecht: _____

Versicherungsart: _____

Versicherungsart: _____

Versicherung: _____

Versicherung: _____

Vertragsnummer: _____

Vertragsnummer: _____

Bezugsrecht: _____

Bezugsrecht: _____

Die Bestattung

Erdbestattung: _____

Wahlgrab

Reihengrab

Feuerbestattung: _____

Urnenwahlgrab Urnenreihengrab

Baumbestattung Anonymes Urnengrab

Seebestattung: → Ostsee Nordsee

Andere: _____

Auf folgendem Friedhof möchte ich bestattet werden:

Grablage: Abt.: _____ Reihe: _____ Folge: _____ Nr.: _____

(wenn ein bestehendes Grab oder ein Vorsorgegrab vorhanden)

Grabstein: Aufrecht Liegend

Inschrift: _____

Die Trauerfeier

Trauerhalle Friedhof

Kirche (welche): _____

Am Grab

sonstiger Ort: _____

Sarg vor Trauerfeier:

geöffnet

geöffnet nur für engste Angehörige

geschlossen

Religion: _____

Pfarrer/in - Redner/in: _____ Telefon _____

Adresse: _____

Andere teilnehmende Organisationen (Vereine, Bundeswehr,
Brüderschaften): _____

In folgender Kleidung möchte ich bestattet werden:

gegenwärtige Garderobe: _____

neue Kleider Talar sollen Hinterbliebene Entscheiden

Persönliche Gegenstände: _____

Ehering: bleibt an geht an: _____

Brille: bleibt an geht an: _____

Sonstiges: bleibt an geht an: _____

Blumenschmuck & Farben: _____

jahreszeitlich sollen Hinterbliebene Entscheiden

Musik in der Trauerhalle/ Grab: Orgel Bläser am Grab

Musikeinspielung: _____

Sonstiges: _____

sollen Hinterbliebene Entscheiden

Traueranzeigen

Traueranzeigen in folgenden Zeitungen: _____

Sprüche und Texte: _____

Spenden an: _____

sollen Hinterbliebene Entscheiden

Erinnerungsgottesdienst: Ja Nein entscheiden Angehörige

Ort: _____ Organisator: _____

Weiter Wünsche: _____

Adresslisten

Familienangehörige:

Name: _____

Name: _____

Beziehung: _____

Beziehung: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Name: _____

Name: _____

Beziehung: _____

Beziehung: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Name: _____

Name: _____

Beziehung: _____

Beziehung: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Name: _____

Name: _____

Beziehung: _____

Beziehung: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Freundeskreis:

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

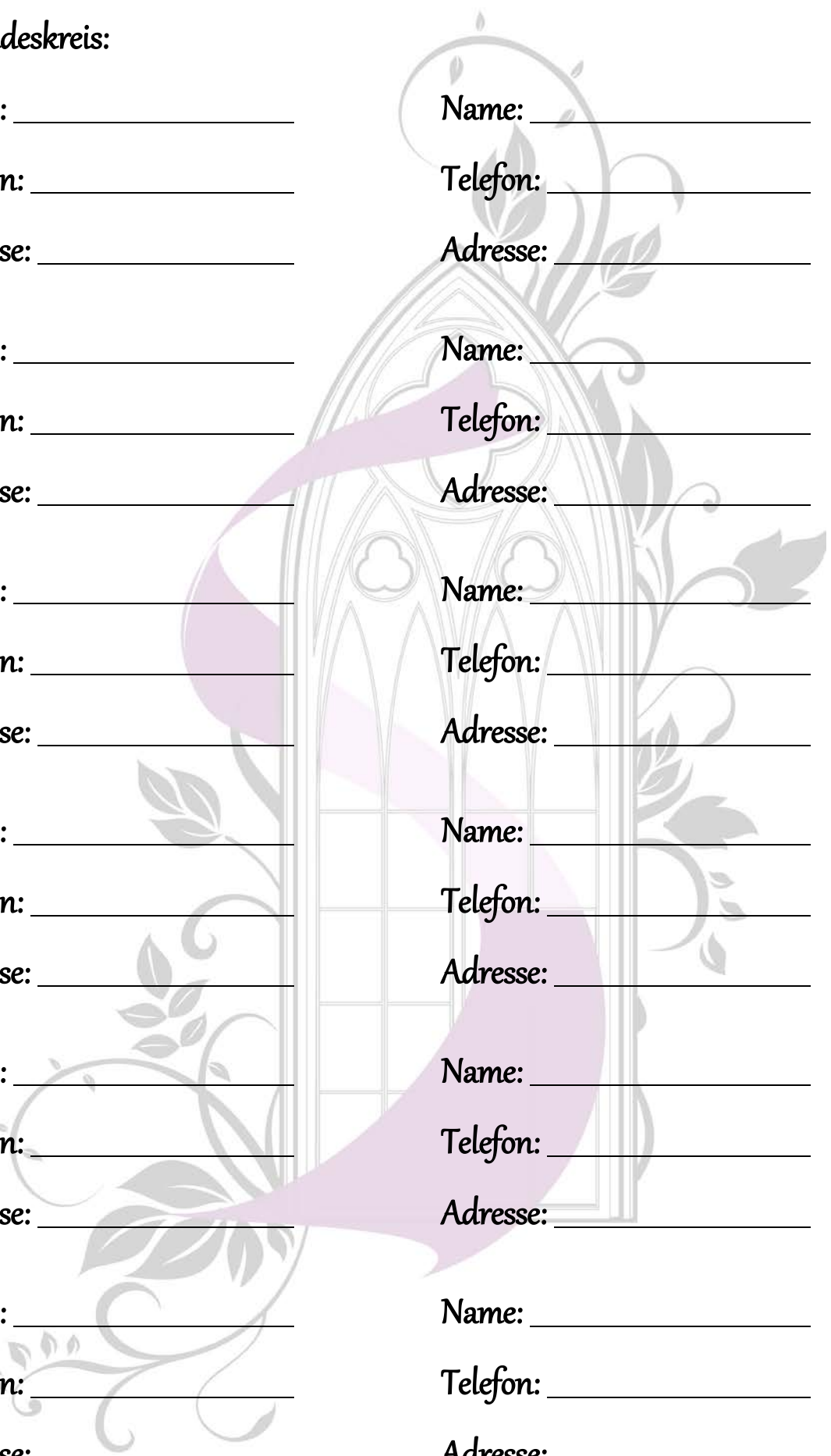
Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____



Berufskollegen:

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Organisationen:

Name: _____

Kontakt: _____

Name: _____

Kontakt: _____

Name: _____

Kontakt: _____

Name: _____

Kontakt: _____

Name: _____

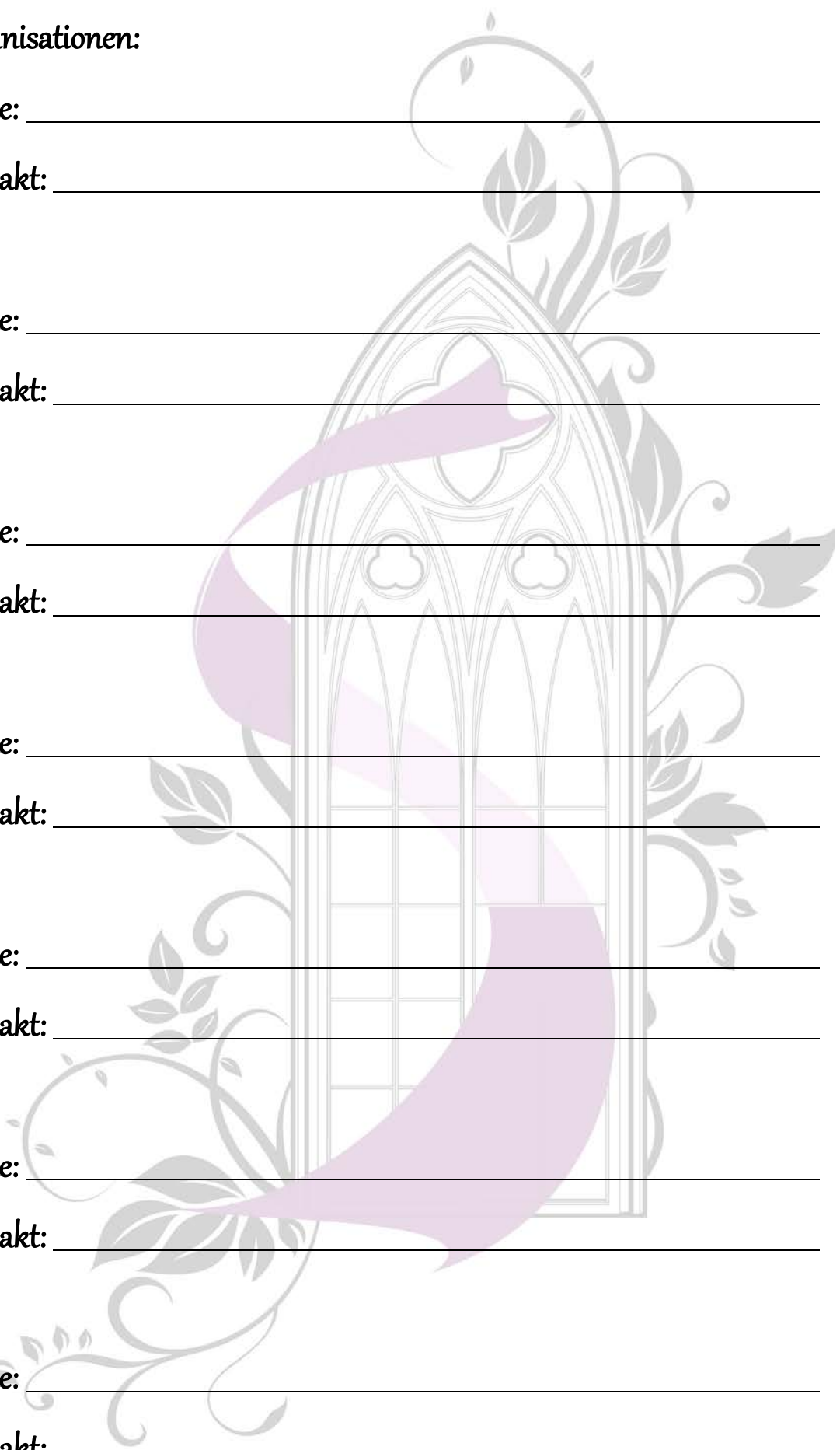
Kontakt: _____

Name: _____

Kontakt: _____

Name: _____

Kontakt: _____



Biografie

Schreiben Sie hier Wichtiges, Schönes und Schmerzliches auf.

Alle Ihre Erfahrungen, die Sie gerne mitteilen möchten.

Meine wichtigsten familiären Momente: _____

Meine wichtigsten berufliche Leistungen: _____

Meine wichtigsten gesellschaftliche Leistungen: _____

Spezielle Erlebnisse: _____

Patientenverfügung (Die ist nur eine ganz einfache Variante einer Patientenverfügung.)

Da es eine Vielfalt an Variationen gibt, empfehlen wir, dass Sie sich notariellen/anwaltlichen Beistand zu Rate ziehen und sehen, was für Sie das Richtige ist. Sollten Sie diese Variante nutzen wollen, empfehlen wir, diese zumindest handschriftlich nieder zuschreiben.)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, will ich, dass man auf Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens – und Leidensverlängerung bedeuten würden. Auf jeden Fall erwarte ich aber eine ausreichende Schmerzbehandlung, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte.

Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden.

Vor entsprechenden Entscheidungen über das weitere Vorgehen verlange ich, dass die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte mit den folgenden Personen meines Vertrauens Rücksprache nehmen. Die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte sind ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden.

Name: _____

Name: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Datum: _____

Mit ihrer obigen Unterschrift bestätigen diese Personen, dass sie von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und, dass ich diese Erklärung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unabhängig von Einflüssen Dritter unterschrieben habe.

Ort/ Datum: _____

Unterschrift: _____

Eine notarielle Beglaubigung Ihrer Patientenverfügung ist nicht erforderlich, aber Sie sollten im Abstand von einem bis zwei Jahren durch Ihre eigene Unterschrift bestätigen, dass diese Verfügung nach wie vor Ihrem Willen entspricht. Dafür sind die folgenden Zeilen vorgesehen.

Ort/ Datum: _____

Unterschrift: _____

Ort/ Datum: _____

Unterschrift: _____

Dieses Original-Formular Ihrer Patientenverfügung sollte bei Ihren persönlichen Unterlagen wie Familienbuch oder Testament aufbewahrt werden.

Eine Kopie Ihrer Patientenverfügung können Sie den Personen zur Verfügung stellen, deren Unterschrift auf der Vorderseite steht. Weitere Kopien können Sie bereithalten, um sie zu gegebener Zeit behandelnden Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräften, Betreuungshelferinnen und -helfer oder Heimleitungen zu übergeben bzw. übergeben zu lassen.

Dies sind recherchierte Mustertexte, für die wir keine Haftung übernehmen!

Vorsorgevollmacht (Auch hier empfehlen wir einen Beistand durch einen Rechtsanwalt/Notar)

Sollte ich _____, geb. am _____

wohnhaft in _____

aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr für mich selbst besorgen können, so bevollmächtige ich folgende Personen, mich in den folgenden aufgeführten Angelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen für mich und an meiner Stelle zu treffen und diese auszuführen.

Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____

Sollte die bezeichnete Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein oder sich weigern die Verantwortung zu übernehmen, so bestimme ich an deren Stelle einen Ersatzbevollmächtigten.

Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____

Die Vollmacht, die dem Bevollmächtigten weitgehende und umfassende Befugnisse einräumt, umfasst insbesondere folgende Maßnahmen (bitte einzelne Punkte streichen, falls nicht gewünscht, bzw. hinzufügen)

- a) Im vermögensrechtlichen Bereich übertrage ich dem Bevollmächtigten folgende Rechte:
- a) • Die Befugnis, von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken oder Sparkassen Geldbeträge abzuheben, um meinen Lebensunterhalt zu bestreiten.
 - b) • Die Befugnis, für den Fall einer dauernden Unterbindung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern. Soweit testamentarisch bestimmte Gegenstände meinen Erben vermacht worden sind, sind diese Gegenstände zurück zu behalten und nach meinem Tode den Erben auszuhändigen.
 - c) • Die Ermächtigung, die in meinem Eigentum befindlichen Immobilien an dritte zu marktüblichen Preisen zu veräußern.
 - d) • Die Berechtigung, Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten oder Pflegeheimen abzuschließen
 - e) b) Im Bereich der gesundheitlichen Fürsorge übertrage ich dem Bevollmächtigten folgende Rechte:
 - f) • Entscheidungen über meine Unterbringung in einem Pflegeheim oder Krankenhaus
 - g) • Entscheidungen über die Verabreichung von Medikamenten, auch solche die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen zu Folge haben.
 - h) • Entscheidungen über die Durchführungen ärztlicher Behandlungen bzw. über einen Behandlungsabbruch.
 - i) • Entscheidungen darüber ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen.

Die Feststellung, dass ich außerstande bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden. Hiermit entbinde ich die zuständigen Ärzte gegenüber den Bevollmächtigten von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mir der Tragweite dieser Vollmacht bewusst und habe mich über die rechtlichen Folgen informiert. Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst und im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort/ Datum

Unterschrift des Vollmachtgeber

Unterschrift des Bevollmächtigter

Folgender Personen bestätigen, dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten bin und diese Vollmacht nicht unter dem Einfluss Dritter abgegeben habe. Diese Personen sind in Zweifelsfällen auch zu konsultieren.

Name: _____ Anschrift: _____ Unterschrift _____

Name: _____ Anschrift: _____ Unterschrift _____

Dies sind recherchierte Mustertexte, für die wir keine Haftung übernehmen!

“Wir, für Sie, jederzeit“

Bestattungshaus Dippel

Hauptstraße 50

35260 Stadtallendorf

☎ 06428 – 92 98 960

www.Bestattungen-Stadtallendorf.de

Inh. Vanessa Dippel Bestatterin vom Handwerk geprüft