

# Vorsorgemappe





# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| <b>Vorwort</b>  | 4  |
| <b>Einleitung</b>   | 5  |
| <b>Wo finde ich was? (Aufbewahrung)</b>   | 6  |
| <b>1 Wichtige Telefonnummern</b>  | 7  |
| <b>2 Persönliche Daten</b>  | 9  |
| 2.1 Persönliche Daten, Schlüsselverwahrung, WohnungseigentümerIn  | 9  |
| 2.2 Angehörige, die im Notfall zu benachrichtigen sind  | 11 |
| 2.3 Ich werde begleitet / betreut von   | 13 |
| 2.4 ÄrztInnen, Krankenhaus, Apotheke  | 14 |
| 2.5 Impfungen, Organspende, Allergien   | 16 |
| 2.6 Ärztliche Behandlungen, Klinikaufenthalte   | 17 |
| 2.7 Behinderung, Pflegegeld   | 18 |
| 2.8 Wünsche bei Betreuung und Pflege  | 19 |
| <b>3 Finanzen und Versicherungen</b>  | 21 |
| 3.1 Einkommen   | 22 |
| 3.2 Ersparnisse   | 23 |
| 3.3 Versicherungen  | 24 |
| 3.4 Bankkonten und Schulden im Erbfall  | 26 |
| 3.5 Unterstützungen   | 27 |
| <b>4 Pflege und Betreuung</b>   | 29 |
| <b>5 Erwachsenenschutzgesetz, Vorsorgevollmacht, PatientInnenverfügung</b>                                    |    |
| 5.1 Allgemein   | 31 |
| 5.2 Erwachsenenschutzgesetz (Vorsorgevollmacht; gewählte, gesetzliche und gerichtliche Erwachsenenvertretung) | 32 |
| 5.3 Vorsorgevollmacht   | 33 |
| 5.4 PatientInnenverfügung   | 35 |
| <b>6 Nachlassregelung</b>   | 37 |
| 6.1 Testament   | 37 |
| 6.2 Bestattungsvorgaben und -wünsche  | 38 |
| 6.3 Checkliste: Was ist nach einem Todesfall zu erledigen   | 42 |
| 6.4 Digitaler Nachlass  | 44 |
| <b>7 Anhang</b>   | 47 |
| Formular PatientInnenverfügung  |    |
| Formular Vollmacht für die Zwecke der Sozialversicherung  |    |



# Einleitung

## **In jeder Lebenslage sicher sein, dass in meinem Sinn gehandelt wird ...**

Um das zu erreichen, braucht es Informationen und klare Handlungsanweisungen. Die „Vorsorgemappe“ unterstützt Sie dabei!

Wir empfehlen Ihnen, die „Vorsorgemappe“ mit einem Angehörigen oder einer Person Ihres Vertrauens durchzuarbeiten – von Anfang bis Ende oder einfach nur jene Abschnitte und Kapitel, die Ihnen wichtig erscheinen. Sie können einzelne Kapitel der „Vorsorgemappe“ heraustrennen und zusammen mit den entsprechenden Dokumenten ablegen. Sie haben dann eine Mappe, in der alle Ihre persönlichen Handlungsanweisungen zusammen mit den jeweils notwendigen Dokumenten übersichtlich verfügbar sind.

Lassen Sie Ihre Angehörigen in jedem Fall wissen, wo Sie Ihre „Vorsorgemappe“ aufbewahren, damit im Notfall nach Ihrem Willen gehandelt wird!

Die Vorsorgemappe ist nicht nur für Seniorinnen und Senioren gedacht. Wir wenden uns ganz bewusst auch an jüngere Menschen und Erwachsene. Sie erhalten die „Vorsorgemappe“ im Gemeindeamt bzw. auf [www.gemeindeentwicklung.at](http://www.gemeindeentwicklung.at) zum Download.

Die Gemeindeentwicklung Salzburg hat die Inhalte nach dem Vorbild der „Vorsorgemappe“ des Seniorenbeirats Feldkirch und des Kreisseniorerats Bodenseekreis erarbeitet. Wir hoffen, dass Ihnen die Auseinandersetzung mit den angeführten Themen die wohltuende Sicherheit gibt, wichtige Dinge rechtzeitig geregelt zu haben.

Mag. Dr. Anita Moser, Gemeindeentwicklung Salzburg



# Wo finde ich was? (Aufbewahrung)

**Wir empfehlen, dass Sie jedes Kapitel, das Sie bearbeiten, mit den entsprechenden Dokumenten in einem gemeinsamen Ordner verwahren.**

Wenn dies aus Platzgründen nicht möglich ist, dann können Sie hier angeben, wo sich die einzelnen Ordner befinden:

## **Persönliche Daten/Dokumente/Impfpass/Allergiepass**

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| Ordnername: | Aufbewahrungsort: |
| _____       | _____             |

## **Finanzen**

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| Ordnername: | Aufbewahrungsort: |
| _____       | _____             |

## **Versicherungen**

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| Ordnername: | Aufbewahrungsort: |
| _____       | _____             |

## **PatientInnenverfügung**

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| Ordnername: | Aufbewahrungsort: |
| _____       | _____             |

## **Vollmacht für die Zwecke der Sozialversicherung**

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| Ordnername: | Aufbewahrungsort: |
| _____       | _____             |

## **Nachlassregelung**

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| Ordnername: | Aufbewahrungsort: |
| _____       | _____             |

# 1 Wichtige Telefonnummern

**Im Notfall die richtigen Telefonnummern und die wichtigsten persönlichen Daten zur Hand zu haben, kann entscheidend sein.**

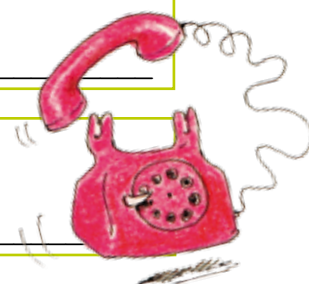
|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| Polizei                        | Notruf 133         |
| Feuerwehr                      | Notruf 122         |
| Rettungsdienst                 | Notruf 144         |
| Euro-Notruf                    | 112                |
| Krankentransport ÖRK           | 14844 ohne Vorwahl |
| Ärztlicher Bereitschaftsdienst | 141                |
| Gesundheitsberatung            | 1450               |
| Apothekenruf                   | 1455               |
| Örtliche Apotheke              | Telefon:           |

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Hausarzt/Hausärztin |          |
| Name:               | Telefon: |
| _____               | _____    |

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Zahnarzt/Zahnärztin |          |
| Name:               | Telefon: |
| _____               | _____    |

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Facharzt/Fachärztin |          |
| Name:               | Telefon: |
| _____               | _____    |

|          |       |
|----------|-------|
| Pfarramt |       |
| Telefon: |       |
| _____    | _____ |



**Kontaktperson / Wichtige Angehörige**

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |
|-------------------------|-------------------|

**Vertraute/r NachbarIn**

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |
|-------------------------|-------------------|

**Bevollmächtigte/r**

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |
|-------------------------|-------------------|

**Persönlich wichtige Rufnummern**

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |
| Vorname, Name:<br>_____ | Telefon:<br>_____ |



## 2 Persönliche Daten

### 2.1 Persönliche Daten, Schlüsselerhaltung, WohnungseigentümerIn

#### Persönliche Daten

|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| Vorname:                  | Name:                        |
| _____                     | _____                        |
| Geburtsname:              | Geburtsdatum:                |
| _____                     | _____                        |
| Geburtsort/Muttersprache: | Versicherungsträger/-nummer: |
| _____                     | _____                        |
| Staatsangehörigkeit:      | Pass-/Ausweis-Nr.:           |
| _____                     | _____                        |
| Familienstand:            | Konfession:                  |
| _____                     | _____                        |
| Beruf:                    | Blutgruppe:                  |
| _____                     | _____                        |
| Straße/Hausnummer:        | PLZ/Wohnort:                 |
| _____                     | _____                        |
| Telefon Festnetz:         | Telefon Mobil:               |
| _____                     | _____                        |
| E-Mail:                   |                              |
| _____                     |                              |

**Schlüsselverwahrung**

Wo gibt es einen „Notfallschlüssel“? Zutreffendes bitte ankreuzen

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausschlüssel | <input type="checkbox"/> Wohnungsschlüssel | <input type="checkbox"/> Schlüsselsafe und Code |
| Vorname:<br>_____                      | Name:<br>_____                             |   |
| Straße/Hausnummer:<br>_____            | PLZ/Wohnort:<br>_____                      |   |
| Telefon Festnetz:<br>_____             | Telefon Mobil:<br>_____                    |   |
| E-Mail:<br>_____                       |  |   |

**WohnungseigentümerIn**

- Ich wohne in meiner eigenen Wohnung/meinem eigenen Haus.  
 Ich wohne in einer Mietwohnung. Kontaktdaten des Vermieters/der Vermieterin:

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Vorname:<br>_____           | Name:<br>_____          |
| Straße/Hausnummer:<br>_____ | PLZ/Wohnort:<br>_____   |
| Telefon Festnetz:<br>_____  | Telefon Mobil:<br>_____ |
| E-Mail:<br>_____            |                         |

**2.2 Personen, die im Notfall zu benachrichtigen sind**

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Vorname:<br>_____           | Name:<br>_____          |
| Straße/Hausnummer:<br>_____ | PLZ/Wohnort:<br>_____   |
| Telefon Festnetz:<br>_____  | Telefon Mobil:<br>_____ |
| E-Mail:<br>_____            |                         |

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Vorname:<br>_____           | Name:<br>_____          |
| Straße/Hausnummer:<br>_____ | PLZ/Wohnort:<br>_____   |
| Telefon Festnetz:<br>_____  | Telefon Mobil:<br>_____ |
| E-Mail:<br>_____            |                         |

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Vorname:<br>_____           | Name:<br>_____          |
| Straße/Hausnummer:<br>_____ | PLZ/Wohnort:<br>_____   |
| Telefon Festnetz:<br>_____  | Telefon Mobil:<br>_____ |
| E-Mail:<br>_____            |                         |

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Vorname:<br>_____           | Name:<br>_____          |
| Straße/Hausnummer:<br>_____ | PLZ/Wohnort:<br>_____   |
| Telefon Festnetz:<br>_____  | Telefon Mobil:<br>_____ |
| E-Mail:<br>_____            |                         |

**2.3 Ich werde begleitet / betreut von** **Hauskrankenpflege**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| AnsprechpartnerIn: | Telefon: |
| _____              | _____    |

 **Soziale Dienste**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| AnsprechpartnerIn: | Telefon: |
| _____              | _____    |
| AnsprechpartnerIn: | Telefon: |
| _____              | _____    |
| AnsprechpartnerIn: | Telefon: |
| _____              | _____    |

 **24 Stunden Betreuung**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| AnsprechpartnerIn: | Telefon: |
| _____              | _____    |
| AnsprechpartnerIn: | Telefon: |
| _____              | _____    |

 **Privatperson(en)**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| AnsprechpartnerIn: | Telefon: |
| _____              | _____    |

 **Rufhilfe/Verein**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| AnsprechpartnerIn: | Telefon: |
| _____              | _____    |



## 2.4 ÄrztInnen, Krankenhaus, Apotheke

### Hausarzt/Hausärztin

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Name:              | Telefon, Fax: |
| _____              | _____         |
| Straße/Hausnummer: | PLZ/Ort:      |
| _____              | _____         |

### Weitere ÄrztInnen/FachärztInnen

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Name:              | Telefon, Fax: |
| _____              | _____         |
| Straße/Hausnummer: | PLZ/Ort:      |
| _____              | _____         |
| Name:              | Telefon, Fax: |
| _____              | _____         |
| Straße/Hausnummer: | PLZ/Ort:      |
| _____              | _____         |
| Name:              | Telefon, Fax: |
| _____              | _____         |
| Straße/Hausnummer: | PLZ/Ort:      |
| _____              | _____         |

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Name:              | Telefon, Fax: |
| _____              | _____         |
| Straße/Hausnummer: | PLZ/Ort:      |
| _____              | _____         |

**KrankenhausärztInnen**

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Name:              | Telefon, Fax: |
| _____              | _____         |
| Straße/Hausnummer: | PLZ/Ort:      |
| _____              | _____         |
| Name:              | Telefon, Fax: |
| _____              | _____         |
| Straße/Hausnummer: | PLZ/Ort:      |
| _____              | _____         |

**Apotheke**

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Name:                                 | Telefon, Fax:   |
| _____                                 | _____   |
| Straße/Hausnummer:                    | PLZ/Ort:  |
| _____                                 | _____   |
| Ich bin von der Rezeptgebühr befreit: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

## 2.5 Impfungen, Organspende, Körperspende, Allergien

### Impfungen

Impfpass vorhanden:  ja  nein \_\_\_\_\_

Durchgeführte Impfungen laut angefügtem Nachweis:

---

---

### Organspende

In Österreich gilt die Widerspruchsregelung, d.h. jeder kann OrganspendeIn werden, welche/r sich nicht ausdrücklich dagegen ausgesprochen hat.

Der Widerspruch wird durch eine Eintragung im Widerspruchsregister ([www.goeg.at/Widerspruchsregister](http://www.goeg.at/Widerspruchsregister)) geregelt.

Information und Eintragung: Telefon: 01/515 61, E-Mail: [wr@goeg.at](mailto:wr@goeg.at)

### Körperspende zu wissenschaftlichen Zwecken

Name des Instituts: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

---

---

### Allergien

Allergiepass vorhanden:  ja  nein \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien \_\_\_\_\_

---

Besondere Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe aus Medikamenten:

---



**Medikamentennachweis**

| Name des Medikamentes | Einnahmezeit:            |                          |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | morgens                  | mittags                  | abends                   | nachts                   |
| _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**2.6 Ärztliche Behandlungen, Klinikaufenthalte****Wichtige ärztliche Behandlungen – ambulant**

| Datum<br>von – bis: | Behandelnder Arzt/<br>behandelnde Ärztin: | Grund der Behandlung<br>(Diagnose): |
|---------------------|---|-------------------------------------|
| _____               | _____                                     | _____                               |
| _____               | _____                                     | _____                               |
| _____               | _____                                     | _____                               |
| _____               | _____                                     | _____                               |

**Klinische Behandlungen – stationär**

| Datum<br>von – bis: | Behandelnder Arzt/<br>behandelnde Ärztin: | Grund der Behandlung<br>(Diagnose): |
|---------------------|---|-------------------------------------|
| _____               | _____                                     | _____                               |
| _____               | _____                                     | _____                               |
| _____               | _____                                     | _____                               |
| _____               | _____                                     | _____                               |

**Diverse Ausweise**

Antikoagulationsausweis vorhanden  ja  nein  
Ausweis grauer Star (Katarakt) vorhanden  ja  nein

Sonstige Gesundheitsausweise:

---

---

**2.7 Behinderung, Pflegegeld****Behinderung**

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ %

Behindertenpass: \_\_\_\_\_  ja  nein

**Pflegegeld**

Pflegestufe:  eins  zwei  drei  vier  
 fünf  sechs  sieben

Pflegegeldbescheid Aufbewahrungsort \_\_\_\_\_

## 2.8 Wünsche bei Betreuung und Pflege

Jeder Mensch hat eine individuelle Lebensgeschichte, die dessen Verhalten, Gewohnheiten, Vorlieben und „Empfindlichkeiten“ prägt und bestimmt. Wenn man die Lebensgeschichte eines erkrankten Menschen kennt, hilft das einerseits ihn besser zu verstehen und andererseits kann darauf aufbauend das Betreuungs- und Pflegeangebot im Sinne des Menschen gestaltet werden.

Falls ich einmal pflegebedürftig werde möchte ich, dass folgende Aspekte beachtet und respektiert werden:

**Körperpflege:** (z.B. Waschen, Rasieren, ...)

---

---

---

**Ess- und Trinkgewohnheiten:** (z.B. Lieblings Speisen, Getränke, ...)

---

---

---

**Schlafgewohnheiten:** (z.B. Schlafen bei offenem Fenster, ...)

---

---

---



### 3 Finanzen und Versicherungen

**Geld ist in jedem Lebensabschnitt ein wichtiges Thema. In diesem Kapitel erstellen Sie einen Überblick über Ihre Finanzen und Versicherungen.**

#### **Kontoführende Bank**

(Girokonto, von dem die wichtigsten Zahlungen geleistet werden)

|                |       |
|----------------|-------|
| Name der Bank: | _____ |
| Kontonummer:   | _____ |
| IBAN:          | _____ |
| BIC:           | _____ |

#### **Kontoführende Bank**

|                |       |
|----------------|-------|
| Name der Bank: | _____ |
| Kontonummer:   | _____ |
| IBAN:          | _____ |
| BIC:           | _____ |



**3.1 Einkommen**

| Was?                       | Auszahlende Stelle | Telefon/Fax/E-Mail |
|----------------------------|--------------------|--------------------|
| Lohn/Gehalt:               | _____              | _____              |
| Eigenpension:              | _____              | _____              |
| Eigenpension:              | _____              | _____              |
| Eigenpension:              | _____              | _____              |
| Witwen-/<br>Witwerpension: | _____              | _____              |
| Witwen-/<br>Witwerpension: | _____              | _____              |
| Firmenpension:             | _____              | _____              |
| Private<br>Zusatzpension:  | _____              | _____              |
| Private<br>Zusatzpension:  | _____              | _____              |
| Private<br>Zusatzpension:  | _____              | _____              |
| Mieteinnahmen:             | _____              | _____              |
| Wohnbeihilfe:              | _____              | _____              |
| Pflegegeld:                | _____              | _____              |
| Zuschüsse/<br>Beihilfen:   | _____              | _____              |
| Sonstiges:                 | _____              | _____              |

**3.2 Ersparnisse**

| Was?<br>Bausparkasse/Bank                   | Konto Depot- oder<br>Vertragsnummer |
|---|-------------------------------------|
| Sparbuch:<br>_____                          | _____                               |
| Sparbuch:<br>_____                          | _____                               |
| Bausparvertrag:<br>_____                    | _____                               |
| Bausparvertrag:<br>_____                    | _____                               |
| Lebensversicherung:<br>_____                | _____                               |
| Lebensversicherung:<br>_____                | _____                               |
| Wertpapiere:<br>_____                       | _____                               |
| Wertpapiere:<br>_____                       | _____                               |
| Bankschließfach:<br>_____                   | _____                               |
| Sonstiges (z.B.: Wertgegenstände):<br>_____ | _____                               |

**3.3 Versicherungen**

| Was?<br>Versicherungsgesellschaft   | Polizzen-<br>nummer | AnsprechpartnerIn<br>mit Telefon |
|---|---------------------|----------------------------------|
| Haushaltsversicherung:<br>_____   | _____               | _____                            |
| Private Haftpflichtversicherung:<br>(oft Teil der Haushaltsversicherung)<br>_____ | _____               | _____                            |
| Eigenheimversicherung:<br>_____   | _____               | _____                            |
| Kfz-Haftpflichtversicherung:<br>_____   | _____               | _____                            |
| Kaskoversicherung:<br>_____   | _____               | _____                            |
| Lebensversicherung:<br>_____  | _____               | _____                            |
| Private Arztversicherung:<br>_____  | _____               | _____                            |
| Private Krankenversicherung:<br>_____   | _____               | _____                            |
| Auslandskrankenversicherung:<br>_____   | _____               | _____                            |



| Was?<br>Versicherungsgesellschaft     | Polizzen-<br>nummer | AnsprechpartnerIn<br>mit Telefon |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------------|
| Rechtenschutzversicherung:<br>_____   | _____               | _____                            |
| Unfallversicherung:<br>_____          | _____               | _____                            |
| Vorsorge Pflegeversicherung:<br>_____ | _____               | _____                            |
| Sterbeversicherung:<br>_____          | _____               | _____                            |

Steuernummer Finanzamt:  
\_\_\_\_\_

Offene Steuerbescheide:  
Kalenderjahr  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Steuerberatung  
Name und Kontakt:  
\_\_\_\_\_

### 3.4 Bankkonten und Schulden im Erbfall

#### Bankkonten

Wenn der/die InhaberIn eines Bankkontos, eines Banksafes oder eines Bankdepots stirbt, ist die Bank verpflichtet, das Nachlassvermögen sicherzustellen. Ob das Konto, der Safe bzw. das Depot gesperrt wird oder nicht, hängt davon ab, ob es sich um ein Einzel- oder um ein Gemeinschaftskonto handelt. Bei einem Einzelkonto ist nur der/die KontoinhaberIn verfügungsberechtigt. Stirbt diese/r, wird das Konto gesperrt.

Bei Gemeinschaftskonten unterscheidet man zwischen UND-Konten und ODER-Konten. Wenn jede/r KontoinhaberIn einzelverfügungsberechtigt ist (ODER-Konto), muss das Konto nicht gesperrt werden. Bei einem UND-Konto (gemeinsame Verfügungsberechtigung) muss das Konto gesperrt werden. Informieren Sie sich bei Ihrer Hausbank.

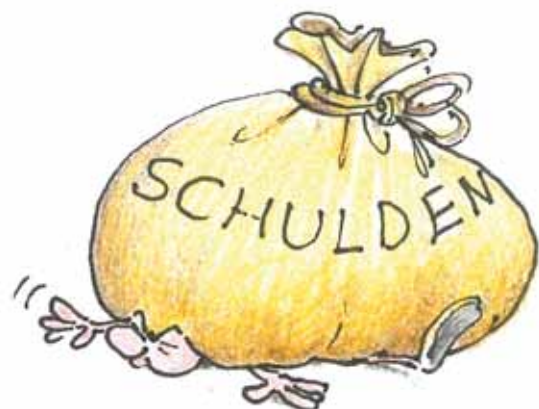
#### Schulden

Nicht nur das Vermögen, auch die Schulden einer verstorbenen Person gehen auf den Nachlass über. Bevor man eine Erbschaft annimmt, sollte man sich daher informieren, ob die verstorbene Person Schulden hinterlassen hat. Der Nachlass kann unbeding und beding angenommen werden. Bei der unbedingten Annahme haften die ErbInnen auch für Schulden, von deren Existenz sie nichts wussten. Bei der bedingten Annahme haften die ErbInnen nur für die Schulden, die durch den Nachlass gedeckt werden.

Darüber hinaus ist es ratsam, sich im Todesfall die Versicherungen des/der Verstorbenen genau anzuschauen und Kontakt mit der Versicherungsgesellschaft aufzunehmen.

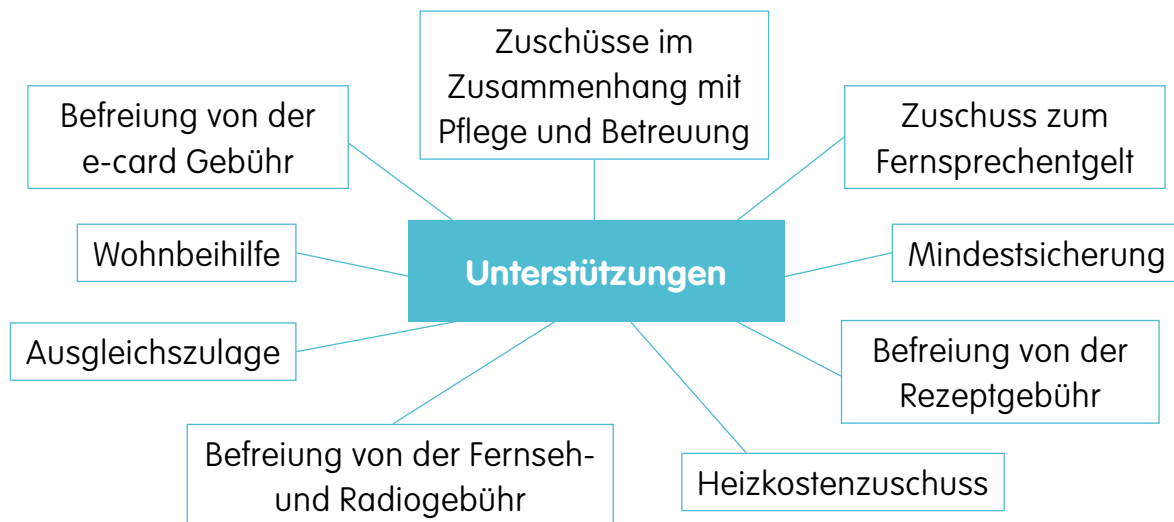
#### **Informieren Sie sich bei Ihrer kontoführenden Bank oder beim NotarIn bzw. Rechtsanwalt/Rechtsanwältin.**

Siehe auch Kapitel 6 Nachlassregelung.



### 3.5 Unterstützungen

Auf folgende Unterstützungen haben Sie unter Umständen Anspruch. Nähere Informationen zu den einzelnen Unterstützungen erhalten Sie im Gemeindeamt.



#### Ausgleichszulage

Die Ausgleichszulage ist die sog. „Mindestpension“. Die Ausgleichszulage soll das Einkommen von Pensionsbeziehern auf einen Mindestbetrag aufstocken. Der Richtsatz wird jährlich angepasst. Beantragt wird die Ausgleichszulage bei der jeweiligen Pensionsversicherungsanstalt.

#### Sozialhilfe

Personen, die keinen Pensionsanspruch oder nur eine sehr geringe Pension sowie kein anderweitiges Einkommen haben, können Sozialhilfe beantragen. Die Sozialhilfe dient zur Abdeckung der Lebenshaltungskosten.

#### Wohnbeihilfe

Die Wohnbeihilfe unterstützt Sie bei der Bezahlung der Miete bzw. bei der Rückzahlung von Wohnungskrediten und ist einkommensabhängig. Anträge zur Wohnbeihilfe erhalten Sie im Gemeindeamt.

#### Heizkostenzuschuss

Der Heizkostenzuschuss ist eine Unterstützung des Landes Salzburg für einkommensschwache Haushalte. Ob, wann und wie hoch der Heizkostenzuschuss ist, wird von Jahr zu Jahr neu festgelegt. Nähere Informationen erhalten Sie im Gemeindeamt.

**Befreiung von der Fernseh- und Radiogebühr****Zuschuss zum Fernsprechentgelt**

Bei sozialer Bedürftigkeit oder körperlicher Hilfsbedürftigkeit kann eine Befreiung von der Rundfunkgebühr beantragt werden. Gleichzeitig kann ein Zuschuss zum Fernsprechentgelt (ehemals Befreiung von der Telefongrundgebühr) beantragt werden. Ausschlaggebend ist, ob das monatliche Einkommen abzüglich Miete und Familienbeihilfe unter einem Richtwert ist. Antragsformulare gibt es im Gemeindeamt.

**Befreiung von der Rezeptgebühr und von der e-card Gebühr**

Folgende Personengruppen werden von der Rezeptgebühr befreit:

- Personen mit geringem Einkommen.
- Personen, die auf Grund eines Leidens oder eines Gebrechens überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen können.
- Die jährliche Rezeptgebührenbelastung ist mit 2 % der Nettopension gedeckelt. Darüber hinaus wird automatisch keine Rezeptgebühr mehr verrechnet.

Anträge können beim zuständigen Krankenversicherungsträger gestellt werden.

**Finanzielle Aspekte der Pflege**

Pflege kostet Geld. Auf welche Unterstützungen und Zuschüsse Sie im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung Anspruch haben, erfahren Sie im Gemeindeamt bei Ihren Sozialbeauftragten.

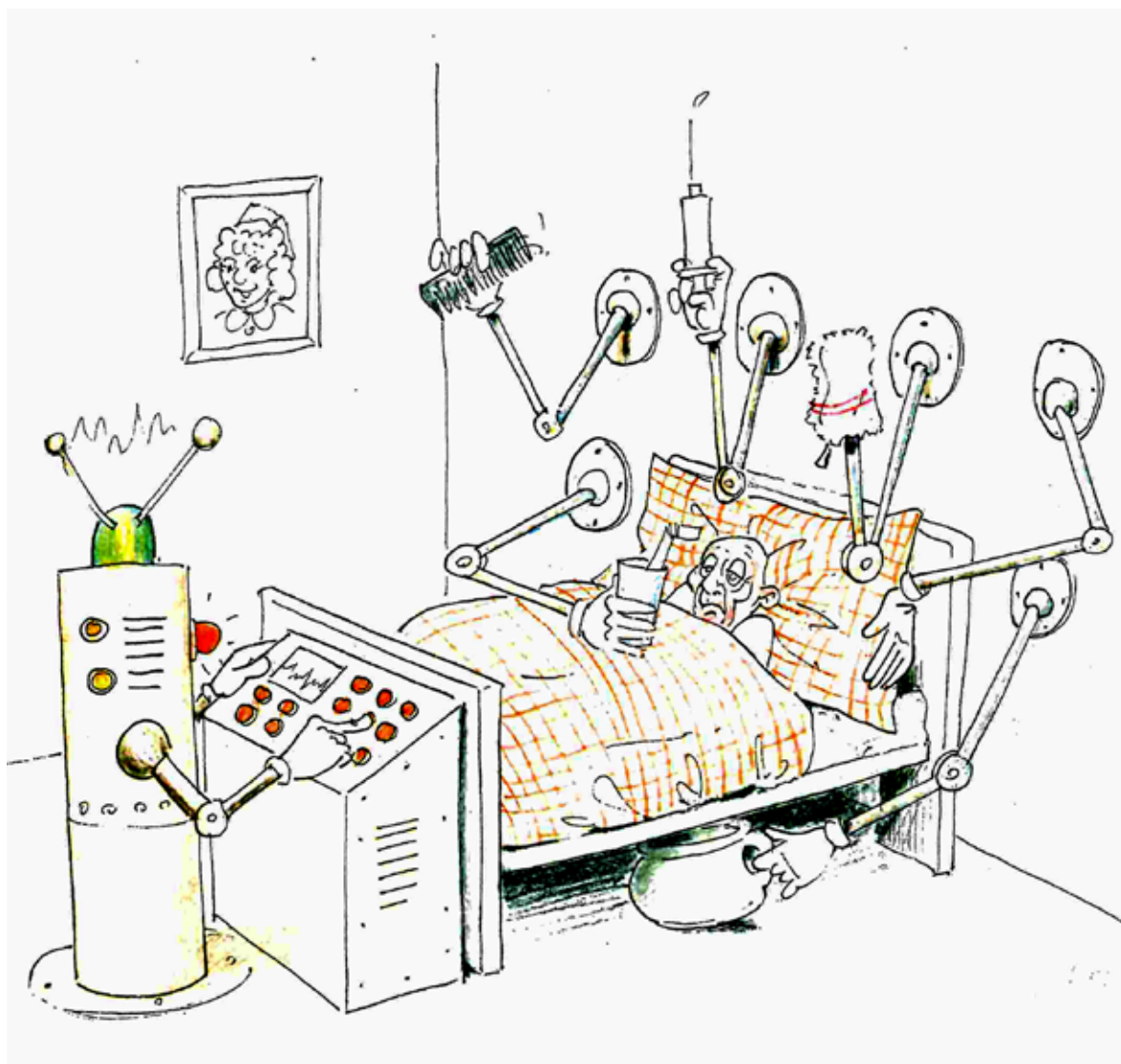
**Kostenlose Müllsäcke**

Kranken und pflegebedürftigen Menschen, die durch ihre persönliche Situation einen vermehrten Bedarf an Abfallsäcken haben, gewähren einige Gemeinden in Salzburg kostenlose Müllsäcke. Erforderlich ist eine Bestätigung der Hausärztin / des Hausarztes oder des Sozialen Dienstes.

## 4 Pflege und Betreuung

**Die Gemeinde bietet ein dichtes Netz an Angeboten und Unterstützungen, um älteren Menschen möglichst lange ein Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Dazu gehört auch, sich frühzeitig über das bestehende Pflege- und Betreuungsangebot zu informieren.**

Die Gemeinde hat deshalb eine eigene Stelle, die Sie über das bestehende Pflege und Betreuungsangebot und über finanzielle Unterstützungen informiert und bei der Umsetzung unterstützt und begleitet. Bei Bedarf werden auch Beratungen vor Ort durchgeführt.





# 5 Erwachsenenenschutzgesetz, Vorsorgevollmacht und PatientInnenverfügung

**In diesem Kapitel geht es um Vorkehrungen für eine Zeit, in der Menschen nicht mehr selbst entscheiden können. Das Erwachsenenenschutzgesetz und die Vorsorgevollmacht regeln gesetzliche Vertretungen bei Rechtsgeschäften, die PatientInnenverfügung regelt medizinische Belange.**

## 5.1 Allgemeines

Selbstbestimmung ist dem Gesetzgeber grundsätzlich wichtig. Durch eine geistige Behinderung oder eine psychische Krankheit (auch Demenz zählt dazu) kann es notwendig werden, dass gesetzliche VertreterInnen Verantwortung für die betroffenen Menschen übernehmen und verpflichtet sind, zum Wohle dieser zu handeln (Erwachsenenschutzgesetz, Vorsorgevollmacht).

Hier erhalten Sie einen Überblick und eine Erstinformation:

- [www.österreich.gv.at](http://www.österreich.gv.at)
- [www.justiz.gv.at](http://www.justiz.gv.at)
- [www.vertretungsnetz.at](http://www.vertretungsnetz.at)



## 5.2 Erwachsenenenschutzgesetz (ErwSchG)

### Vertretungsformen im neuen ErwSchG – das 4-Säulen-Modell:

- Vorsorgevollmacht
- Gewählte Erwachsenenvertretung
- Gesetzliche Erwachsenenvertretung
- Gerichtliche Erwachsenenvertretung

#### Die Vorsorgevollmacht:

Der Zweck einer Vorsorgevollmacht besteht unverändert darin, dass eine jetzt voll entscheidungsfähige Person für den Fall, dass ihre Entscheidungsfähigkeit verloren gehen sollte, selbst festlegt – eben dafür „vorsorgt“ –, wer sie dann vertritt.

#### Die gewählte Erwachsenenvertretung (= EV):

Die gewählte EV ist die gänzlich neue Vertretungsform, mit der es nun auch kognitiv beeinträchtigten Personen ermöglicht wird, noch selbst festzulegen, durch wen sie vertreten sein wollen. Nachdem die betroffene Person hier bereits beeinträchtigt ist, wird diese Vertretungsform im Gesetz genauer geregelt und durch das Gericht umfassender kontrolliert.

#### Gesetzliche Erwachsenenvertretung (= EV):

Bei der gesetzlichen EV leitet sich die Vertretungsbefugnis rein aus dem Gesetz ab, die betroffene Person muss dazu keine Handlungen setzen. Die gesetzliche EV ist die Weiterentwicklung der bisherigen Vertretungsbefugnis naher Angehöriger.

#### Gerichtliche Erwachsenenvertretung (= EV):

Die gerichtliche EV ersetzt die Sachwalterschaft. Sie wird unverändert durch einen Beschluss des Gerichts bestellt. Im Gegenzug zu einer Erweiterung von selbstgewählten und gesetzlichen Vertretungsformen soll eine gerichtlich bestellte Vertretung künftig die Ausnahme sein. Sie ist nur mehr zulässig, wenn eine andere Vertretungsform nicht mehr möglich ist.

#### Erwachsenenvertreter-Verfügung:

Mit einer vom Anwalt, Notar oder Erwachsenenenschutzverein errichteten EV-Verfügung wird von der betroffenen Person selbst festgelegt, wen sie sich als EV wünscht (oder wen sie ausschließen möchte). Die gewünschte Person gilt dann wie ein naher Angehöriger, kann gesetzlicher EV sein und ist vorrangig zum gerichtlichen EV zu bestellen.



### 5.3 Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht ist eine vorsorglich eingeräumte Vollmacht, die erst dann wirksam wird, wenn die Person für die davon umfassten Angelegenheiten nicht mehr entscheidungsfähig ist. In der Regel wird eine Vorsorgevollmacht einer nahestehenden Person erteilt (z.B. Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.).

Die Entscheidung, welcher Person die Vollmacht im Vorsorgefall erteilt wird, sollte gut überlegt sein. Grundsätzlich kann jede volljährige Person Vorsorgebevollmächtigte/Vorsorgebevollmächtigter sein.

**Ausnahme:** Volljährige Personen, die selbst ihre Angelegenheiten nicht ausreichend besorgen können oder in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer Einrichtung stehen, von der die Person betreut wird (z.B. Pflegerin/Pfleger in einem Heim), können nicht vorsorgebevollmächtigt werden.

Die Vorsorgevollmacht kann nur vor einer Notarin/einem Notar, einer Rechtsanwältin/einem Rechtsanwalt oder in einfachen Fällen auch vor einem Erwachsenenschutzverein (falls ausreichend Kapazitäten vorhanden sind) errichtet werden. Sie muss schriftlich sein. Eine weitere Voraussetzung für die Errichtung ist die Geschäftsfähigkeit.

Gibt es bestimmte Vermögenswerte oder sind für die Errichtung besondere Rechtskenntnisse notwendig, dann kann die Vorsorgevollmacht nur bei Vertreterinnen/Vertretern der Rechtsberufe (Notariat, Anwaltschaft) errichtet werden.

Die Vorsorgevollmacht wird im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) registriert. Erst mit Eintritt und Eintragung des Vorsorgefalls, also wenn die Person nicht mehr entscheidungsfähig ist, wird die Vorsorgevollmacht wirksam.

#### **Zuständigkeitsbereich des Vorsorgebevollmächtigten**

Der Wirkungsbereich der/des Vorsorgebevollmächtigten kann individuell festgelegt werden. Die Vertretung kann auch nur für

- ein ganz bestimmtes Geschäft (z.B. Verkauf einer Liegenschaft)
- für generelle Angelegenheiten (z.B. Vermögensverwaltung)

erfolgen.

### **Hinweis**

Die vertretene Person wird in ihrer Geschäftsfähigkeit nicht automatisch eingeschränkt, auch wenn sie eine Vertretungsperson hat. Wenn die vertretene Person entscheidungsfähig ist, kann sie auch weiter gültig Geschäfte abschließen. Nur wenn sie nicht entscheidungsfähig ist, ist zur Wirksamkeit des Geschäfts die Zustimmung der Vertretungsperson erforderlich!

### **Beginn und Ende der Vorsorgevollmacht**

Die Vorsorgevollmacht wird dann wirksam, wenn die Person die Entscheidungsfähigkeit in jenen Angelegenheiten verliert, für die sie vorgesorgt hat. Dann können die zu vertretende Person und die/der Vorsorgebevollmächtigte die Errichtungsstelle aufsuchen und den Eintritt des Vorsorgefalls eintragen lassen.

Um den Verlust der Entscheidungsfähigkeit zu bescheinigen ist die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses notwendig.

Die Vorsorgevollmacht endet

- mit dem Tod der vertretenen Person,
- mit dem Tod der/des Vorsorgebevollmächtigten,
- wenn ein Gericht die Vorsorgevollmacht mit Beschluss beendet (beispielsweise, weil die Vorsorgebevollmächtigte/der Vorsorgebevollmächtigte nicht zum Wohl der vertretenen Person handelt),
- mit Eintragung der Kündigung, des Widerrufs oder des Wegfalls des Vorsorgefalls im ÖZVV.

Die Vorsorgevollmacht ist nicht zeitlich befristet.

Die vertretene Person kann die Vorsorgevollmacht jederzeit widerrufen!

Sie muss dazu zu einer der Eintragungsstellen (Notarin/Notar, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt, allenfalls auch Erwachsenenenschutzverein) gehen und den Widerruf eintragen lassen.

Wenn die vertretene Person die Entscheidungsfähigkeit für die in der Vorsorgevollmacht genannten Angelegenheiten wiedererlangt, muss dies im ÖZVV eingetragen werden. Damit ist die Vorsorgevollmacht beendet. Kommt es erneut zu einem Verlust der Entscheidungsfähigkeit, kann dieser wieder registriert werden und die Vorsorgevollmacht wird erneut wirksam.

## 5.4 PatientInnenverfügung

- Nur Sie sollten in erster Linie für sich selbst bestimmen können, wie weit Krankenhäuser und ÄrztInnen bei ihrer Behandlung gehen sollen bzw. dürfen.
- Nicht nur für ältere Menschen stellt sich „im Falle des Falles“ die Frage der medizinischen Behandlungsmethode. Oft genug treffen solche Entscheidungen auch auf junge Menschen zu (Unfall- oder Folgen einer Erkrankung).
- Was ist, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, notwendige Entscheidungen über die medizinische Versorgung allein zu treffen?

Bereits im Jahre 2006 hat der Gesetzgeber dafür die Möglichkeit einer **PatientInnenverfügung** eingeführt. Die PatientInnenverfügung ist eine Erklärung, mit der Sie zukünftige medizinische Behandlungen ablehnen können. Man unterscheidet zwischen einer **beachtlichen PatientInnenverfügung**, die für den Arzt/die Ärztin eine Orientierungshilfe darstellt (keine strenge Bindung an den Verfügungsinhalt; es ist ein Interpretationsspielraum gegeben) und der verbindlichen PatientInnenverfügung, die für den Arzt/die Ärztin verpflichtend ist. Die **verbindliche PatientInnenverfügung** kann nur schriftlich und über vorangegangene Aufklärung durch einen Arzt/eine Ärztin bei Ihrem/Ihrer NotarIn, PatientInnenanwalt/PatientInnenanwältin oder Rechtsanwalt/Rechtsanwältin errichtet werden. Jede PatientInnenverfügung, die bei einem/einer NotarIn errichtet worden ist, wird auf Wunsch in das PatientInnenverfügungsregister eingetragen, wo es rund um die Uhr im Notfall von Krankenhäusern und ÄrztInnen abgerufen werden kann.

Eine ausführliche Broschüre zur PatientInnenverfügung gibt es bei Hospiz Österreich ([www.hospiz.at](http://www.hospiz.at), Telefon: 01 8039868).

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Patienten-anwaltschaft für Salzburg (Telefon: 0662/8042-2083) und bei einem Notar oder Rechtsanwalt Ihres Vertrauens.

Kontaktadressen erfahren Sie über die Notariatskammer (Telefon: 0662/845359, E-Mail: [salzburg@notariatskammer.at](mailto:salzburg@notariatskammer.at)) oder über jedes Bezirksgericht



# 6 Nachlassregelung

**Was zu Lebzeiten gut vorbereitet und entschieden wurde, bringt Ruhe in Krisensituationen. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Entscheidungen, die im Zusammenhang mit dem eigenen Tod und der Bestattung von Angehörigen zu treffen sind.**

Die Informationen im Kapitel 5.1 (Testament) können nur einen groben Überblick vermitteln. Da es sich um einen komplexen juristischen Fachbereich handelt, empfehlen wir, bei der Erstellung eines Testaments Kontakt mit einem Notariat oder einer Rechtsanwaltskanzlei aufzunehmen. Die Adressen erfahren Sie über die Notariatskammer Telefon: 0662/845359, E-Mail: salzburg@notaritatskammer.at) oder über das Bezirksgericht (Telefonnummern siehe Seite 35).

## 6.1 Testament

### Allgemeine Informationen

Grundsätzlich sind alle Vermögenswerte wie Liegenschaften, Sparguthaben, Schmuck oder Forderungen gegen andere Personen vererbbar. Aber auch Schulden sind vererbbar. Wenn der Erbe/die Erbin die Erbschaft annimmt, gibt er/sie eine Erbantrittserklärung ab und tritt in die Vermögensnachfolge des/der Verstorbenen.

Ein Testament ist die (jederzeit widerrufliche) Erklärung, an wen das Vermögen zur Gänze oder quotenmäßig übergehen soll. Jede über 18 Jahre alte Person, die im Vollbesitz der geistigen Kräfte ist, kann ein Testament verfassen.

### Testamentsformen

Die wichtigsten Testamentsformen sind das eigenhändige und das fremdhändige Testament.

Beim **eigenhändigen** Testament muss das Testament vom Verfasser/von der Verfasserin eigenhändig geschrieben und mit vollem Namen unterschrieben werden. Das eigenhändige Testament kann zu Hause (in der Vorsorgemappe) oder bei einem/einer NotarIn oder Rechtsanwalt/Rechtsanwältin hinterlegt werden.

Das **fremdhändige** Testament (PC oder dritte Person) muss vom/von der TestamentsverfasserIn unterschrieben werden. Zusätzlich wird die Unterschrift von drei ZeugnInnen benötigt. Beachten Sie, dass bei einem fremdhändigen Testament einige Formvorschriften einzuhalten sind.

Die österreichische Notariatskammer führt ein zentrales Testamentsregister, in welchem Testamente registriert werden können.

Nähere Auskünfte dazu und über die Möglichkeiten der Testamentserstellung erhalten Sie bei allen NotarInnen und RechtsanwältInnen.

### Kosten und Widerruf

Die Kosten der Testamentserstellung durch eine/n NotarIn oder einen Rechtsanwalt/eine Rechtsanwältin sind bei unkomplizierten Testamenten überschaubar. Erkundigen Sie sich vor der Testamentserstellung nach den Kosten.

Testamente können **geändert** und **widerrufen** werden. Dies kann ausdrücklich, stillschweigend (durch Errichtung eines neuen Testaments) oder durch das Vernichten des Testaments erfolgen. Auch bei einem Widerruf oder einer Änderung ist eine Vorabinformation durch den/die NotarIn oder Rechtsanwalt/Rechtsanwältin empfehlenswert.

**Das Testament ist nicht der geeignete Ort, um die Bestattung zu regeln, da das Testament erst im Verlassenschaftsverfahren (nach der Bestattung) geöffnet wird.**



## 6.2 Bestattungsvorgaben und -wünsche

Halten Sie schriftlich fest, wie Ihre Bestattung durchgeführt werden soll:

Bestattungsart (Feuerbestattung, Erdbestattung), Todesanzeige, Wünsche für die Trauerfeier, ...

Folgende Leitfragen helfen Ihnen dabei.

### Krankensalbung

Ich wünsche eine Krankensalbung

ja

nein

Name SeelsorgerIn:

Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bestattungsvorsorge/Sterbeversicherung**

Ich habe eine Bestattungsvorsorgeversicherung

(Sterbeversicherung) abgeschlossen:

ja

nein

Versicherungsgesellschaft:

Polizzenummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Art der Bestattung**

Erdbestattung

anonyme Bestattung

Feuerbestattung

alternative Bestattungsform

Überführung nach:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gewünschte Kleidung:

\_\_\_\_\_

**Bestattungsort/Friedhof**

Eine Grabstätte ist vorhanden.

Friedhof:

Letzter Verstorbener/letzte Verstorbene:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eine Grabstätte ist nicht vorhanden.

Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof:

\_\_\_\_\_

Denken Sie darüber nach, ob Sie zu Lebzeiten eine Grabstätte erwerben wollen.

**Wünsche für die Trauerfeier**

Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen.

Ich wünsche eine gewöhnliche Bestattung.

Ich wünsche eine alternative Bestattungsform: \_\_\_\_\_

**Sonstige Wünsche für die Trauerfeier**

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Musik:     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Essen:     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | _____ |

In Salzburg besteht seit 2002 kein Gebietsschutz für BestatterInnen. Es ist trotzdem von Vorteil, einem/einer BestatterIn aus ihrem Umfeld das Vertrauen zu schenken, da sich dieser mit den Gepflogenheiten vor Ort am besten auskennt.

Folgende Unterlagen braucht der/die BestatterIn:

- Geburtsurkunde
- österr. Staatsbürgerschaftsnachweis
- Reisepass (bei nicht österreichischen StaatsbürgerInnen)
- Heiratsurkunde (bei noch aufrechter Ehe) bzw. Urkunde zur eingetragenen Partnerschaft

**Bestattungsinstitut**

Der/Die BestatterIn übernimmt folgende Aufgaben (kostenpflichtig):

- die Verständigung des Totenbeschauarztes/ Totenbeschauärztin
- das Ankleiden, Einsargen und die Überführung zum Friedhof
- die Besorgung der Sterbeurkunde
- die Benachrichtigung des zuständigen Pfarramtes
- die Druckaufträge von Parten, Trauerbildern und Danksagungen und Todesanzeigen in Zeitungen
- die Terminabsprache mit dem Krematorium
- die Ausrichtung der Trauerfeier
- die Überführung von und nach allen Ländern der Erde
- die Verrechnung mit der Sterbeversicherung
- Benachrichtigungen/Todesanzeige: erstellen Sie eine Liste der Angehörigen und FreundInnen, welche im Todesfall zu benachrichtigen sind.

Im Telefonbuch (Herold) finden Sie in den gelben Seiten unter „Bestattungsunternehmen“ alle in Salzburg aktiven Bestattungsunternehmen angeführt.

Bei der Gestaltung der Verabschiedung sind die Pfarreien behilflich!





**6.3 Checkliste: Was ist nach einem Todesfall zu erledigen?**

|  | Telefon: | Datum: | erledigt:                |
|--|----------|--------|--------------------------|
| 1. Bestattungsunternehmen beauftragen  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Krankenkasse verständigen   | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 3. ArbeitgeberIn verständigen  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pensionsversicherungsträger verständigen  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vereine benachrichtigen   | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sonderurlaub beim eigenen ArbeitgeberIn beantragen                                  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Letztwillige Verfügung an Rechtsvertretung, Notariat oder Nachlassgericht übergeben | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Finanzamt verständigen  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 9. Versicherungen verständigen   | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Gewerkschaft verständigen  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mitgliedschaften kündigen  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 12. Radio, TV abmelden oder umschreiben  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mietwohnung, Garage u.a. kündigen  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 14. ev. NachmieterIn suchen  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 15. Wohnungsauflösung vorbereiten  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |

|  | Telefon: | Datum: | erledigt:                |
|--|----------|--------|--------------------------|
| 16. Energieverbrauchswerte (Strom/Gas/Wasser) ablesen lassen | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 17. Abonnements (Zeitungen, Zeitschriften) kündigen          | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 18. Kraftfahrzeug abmelden                                   | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 19. Änderung Grundbuch                                       | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 20. Grabpflege organisieren                                  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 21. _____  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |
| 22. _____  | _____    | _____  | <input type="checkbox"/> |



## 6.4 Digitaler Nachlass

Als digitaler Nachlass werden jene Daten bezeichnet, die nach dem Tod eines Users/einer Userin im Internet weiter bestehen. Dazu zählen Profile in sozialen Netzwerken wie Facebook oder Twitter, aber auch Partnervermittlungsbörsen, E-Mail-Konten, Mitgliedschaften bei kostenpflichtigen Multimediasdiensten wie Netflix oder auch Online-Banking oder Konten bei Online-Bezahldiensten. Natürlich gehören aber auch Blogs, Domainnamen und Websites dazu.

Grundsätzlich gibt es vier Möglichkeiten, wie mit dem digitalen Nachlass umgegangen werden kann: Erhaltung, Löschung, Archivierung oder Übertragung der Daten an Angehörige / Erben / Dritte.

Eine Broschüre mit weiteren Infos finden Sie unter: [www.ispa.at](http://www.ispa.at)

|                 |                 |           |
|-----------------|-----------------|-----------|
| Zugangsdaten PC | Benutzer:       | Passwort: |
| _____           | _____           | _____     |
| WLAN            | Netzwerkname:   | Passwort: |
| _____           | _____           | _____     |
| E-Mail          | E-Mail-Adresse: | Passwort: |
| _____           | _____           | _____     |

| <input type="checkbox"/> Erhaltung |                  |           |
|------------------------------------|------------------|-----------|
| Profil/Konto/Website               | Benutzer/E-Mail: | Passwort: |
| _____                              | _____            | _____     |
| Profil/Konto/Website               | Benutzer/E-Mail: | Passwort: |
| _____                              | _____            | _____     |
| Profil/Konto/Website               | Benutzer/E-Mail: | Passwort: |
| _____                              | _____            | _____     |

**□ Löschung**

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

**□ Archivierung**

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

**□ Übertragung an** \_\_\_\_\_

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---

Profil/Konto/Website

Benutzer/E-Mail:

Passwort:

---

---

---



# Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (BGBl. I Nr. 55/2006 i. d. g. F.) errichtet.

## Meine Patientenverfügung

Ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der (rechtlichen) Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungsfähig bin.

Diese Patientenverfügung soll verbindlich gelten.

### [1] Meine Daten

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Nachname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

### [2] Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen

Damit meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte für den Fall, dass ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patient(in) besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu meinem Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod bzw. meiner religiösen Einstellung fest:

---

---

---

---

---

### [3] Inhalt der Patientenverfügung

Meine Patientenverfügung soll in **folgenden Situationen** gelten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## [6] Hinweis auf eine Vorsorgevollmacht

Ich habe eine Vorsorgevollmacht bei Notarin/Notar, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt oder einem Erwachsenenschutzverein erstellt. Die bevollmächtigte Person ist:

Vor- und Nachname(n) \_\_\_\_\_

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## [7] Ärztin/Arzt, die/der mich beim Erstellen der Patientenverfügung aufgeklärt und beraten hat

Vor- und Nachname(n) \_\_\_\_\_

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## [8] Ärztliche Aufklärung

Als Ärztin/Arzt habe ich mit der Patientin/dem Patienten ein ausführliches Gespräch geführt. Diese(r) ist zum Zeitpunkt der Beratung in der Lage, das Besprochene zu verstehen und ihren/seinen Willen danach zu richten. Im Gespräch haben wir die gesundheitliche Ausgangslage und die medizinischen Folgen der im Einzelnen abgelehnten Maßnahmen umfassend besprochen und ich beschreibe den **Inhalt dieses Gespräches** wie folgt:

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich als Ärztin/Arzt habe die Patientin/den Patienten über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung ausführlich informiert. Die Patientin/Der Patient schätzt die **medizinischen Folgen** der Patientenverfügung zutreffend ein, weil

---

---

---

---

Ort, Datum

Name, Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt

## [9] Errichtung vor einer/einem rechtskundigen Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Patientenvertretung oder des Erwachsenenschutzvereins oder vor einer Notarin/einem Notar bzw. einer Rechtsanwältin/einem Rechtsanwalt.

Ich habe die errichtende Person über das Wesen der verbindlichen Patientenverfügung und die rechtlichen Folgen sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt. Insbesondere habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass die Verfügung von der Ärztin/vom Arzt in aller Regel befolgt werden muss, selbst dann, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist.

Ort, Datum

Name, Unterschrift und Stempel

## [10] Bestätigung meiner Patientenverfügung

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Patientenverfügung selbst errichtet habe.**

Ort, Datum

Unterschrift

## [11] Zeugen

**Nur für den Fall, dass die/der Erkrankte nicht in der Lage ist zu unterschreiben**, muss sie/er bei „Unterschrift“ ein Handzeichen setzen. Dieses muss entweder notariell oder gerichtlich beglaubigt sein oder vor zwei Zeuginnen/Zeugen erfolgen. Eine/r der Zeuginnen/Zeugen muss den Namen der Person, die mit Handzeichen gefertigt hat, unter dieses Handzeichen setzen.

Wenn auch ein Handzeichen nicht möglich ist, muss die Errichtung der Patientenverfügung von einer Notarin/einem Notar (oder einem Gericht) beurkundet werden.

### 1. Zeugin/Zeuqe

Name und Unterschrift \_\_\_\_\_

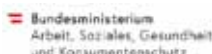
### 2. Zeugin/Zeuqe

Name und Unterschrift \_\_\_\_\_

## Hinweis

Falls diese Patientenverfügung nicht alle Formvorschriften einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllen sollte, ist sie dennoch bei der Ermittlung des Patientenwillens zu berücksichtigen (§§ 8, 9 Patientenverfügungs-Gesetz).

Dieses Formular wurde in Zusammenarbeit der ARGE PatientenanwältInnen und Hospiz Österreich erarbeitet und wird von dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sowie den folgenden Institutionen empfohlen:



## VOLLMACHT für die Zwecke der Sozialversicherung

|   |      |            |
|---|------|------------|
| der/die Vollmachtgeber/in<br>(Name und Anschrift) | BKNR | Bundesland |
|   |      |            |

bevollmächtigt

|  |                |            |
|--|----------------|------------|
| den/die Vollmachtnehmer/in<br>(Name und Anschrift) | SVNR oder BKNR | Bundesland |
|  |                |            |

- Zur Vertretung gegenüber der Österreichischen Gesundheitskasse in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten, insbesondere zur Einsichtnahme in das/die Beitragskonto/en (**Zivilvollmacht** nach § 1002 ABGB, für **WEBEKU** erforderlich)
- Schriftstücke der Österreichischen Gesundheitskasse zu empfangen. Diese sind nun an die/den Bevollmächtigte/n zuzustellen (**Zustellungsvollmacht** nach § 9 Absatz 1 ZustG).
- Weiters gibt der/die Vollmachtgeber/in bekannt, dass die nach den §§ 33 und 34 ASVG obliegenden Pflichten auf den/die Bevollmächtigte/n übertragen werden (**Übertragung der Meldepflichten** nach § 35 Absatz 3 ASVG).

(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

**Jede Beendigung eines Vollmachtsverhältnisses wird der Österreichischen Gesundheitskasse umgehend mitgeteilt.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Bevollmächtigten

**Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular an die zuständige Regionalstelle:**

**Österreichische Gesundheitskasse**

7000 Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5, Tel. +43 5 0766-131302, Fax-DW: 13411302,  
*beitragseinhebung-13@oegk.at*

**Österreichische Gesundheitskasse**

9021 Klagenfurt am Wörthersee, Kempfstraße 8, Tel. +43 5 0766-162700, Fax-DW: 162780,  
*meldewesen@oegk.at*

**Österreichische Gesundheitskasse**

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, Tel. +43 5 0766-125440, Fax-DW: 125482,  
*kost@oegk.at*

**Österreichische Gesundheitskasse**

4021 Linz, Gruberstraße 77, Postfach 61, Tel. +43 5 0766-14504270, Fax-DW: 14104375,  
*partnerdatenDG@oegk.at*

**Österreichische Gesundheitskasse**

5020 Salzburg, Engelbert-Weiß-Weg 10, Tel. +43 5 0766-174780, Fax-DW: 174708,  
*webeku-17@oegk.at*

**Österreichische Gesundheitskasse**

8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, +43 5 0766-151115, Fax-DW: 151593,  
*mvb.post-15@oegk.at*

**Österreichische Gesundheitskasse**

6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2, Tel. +43 5 0766-181455, Fax-DW: 1851771,  
*beitragskontonummern-18@oegk.at*

**Österreichische Gesundheitskasse**

6850 Dornbirn, Jahngasse 4, Tel. +43 5 0766-191306, Fax-DW: 1981309,  
*beitragsabteilung@oegk.at*

**Österreichische Gesundheitskasse**

1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19, Tel. +43 5 0766-112710, Fax-DW: 113616,  
*dgstamm@oegk.at*

Herzlichen Dank an Karl-Heinz Vogt vom Kreissenioresenrat Bodenseekreis und an die Stadt Feldkirch, die uns die Vorlage zur Verfügung gestellt haben.

Die Vorsorgemappe ist ein Projekt von „Altern in guter Gesellschaft“, der Sozialen Gemeindeentwicklung im Salzburger Bildungswerk.

**Impressum**

Für Inhalt und Grafik verantwortlich: Gemeindeentwicklung Salzburg, 2021  
Salzburger Bildungswerk, ZVR: 200288147 • Strubergasse 18/3 • 5020 Salzburg • Tel: 0662-872691-0 • Fax: 0662-872691-3  
E-Mail: [office@sbw.salzburg.at](mailto:office@sbw.salzburg.at) • [www.salzburgerbildungswerk.at](http://www.salzburgerbildungswerk.at) • [www.gemeindeentwicklung.at](http://www.gemeindeentwicklung.at)  
Grafiken: Albert Gruber

Version: 2021-02-23

