

Institutionen, die benachrichtigt werden müssen:

Krankenkasse

Name, Anschrift, Versicherungs-Nr.

Landes- oder Bundesversicherungsanstalt (LVA oder BfA , Deutscher Rentenbund) und / oder weitere Rentenbezüge :

Name, Anschrift, Versicherungs-Nr.

Bankverbindungen

Institut	BLZ	Konto-Nr.
----------	-----	-----------

Institut	BLZ	Konto-Nr.
----------	-----	-----------

Stichwörter (Geheimwort evtl. angeben)

Betriebliche Altersvorsorge

Firma, Anschrift, Kontaktperson

Lebensversicherungen

Gesellschaft	Vertrags-Nr.	Bezugsberechtigter
--------------	--------------	--------------------

Gesellschaft	Vertrags-Nr.	Bezugsberechtigter
--------------	--------------	--------------------

Weitere Versicherungen (Kraftfahrzeug, Hausrat, Haftpflicht, Unfall, etc.)

Versicherungen Name, Versicherungsscheinnummer

Besteht Anspruch aus einer Sterbegeldversicherung Ja Nein

Name, Anschrift, Versicherungsnummer. Bezugsberechtigte Person benennen.

Besteht die Möglichkeit auf Kostenübernahme z. B. durch die Sozialbehörde?

Ja Nein

Aktenzeichen, Telefon, Ansprechpartner, Leistungsbescheide

Sonstiges (Vermieter, Telefon, Strom, Wasser etc.)

Adressen, Telefonnummern

Abonnements

Verlag, Adresse, Zeitschrift, Kunden-/Abonnement-Nr.

Vereine

Name, Adresse, Mitglieds-Nr.

Weitere Benachrichtigungen / Informationen

Besonderheiten / Blumen / Sammlungen / wichtige Hinweise :

Ist eine Organspende gewünscht / Ausweis vorhanden?

Sie können diesen Ausweis ausschneiden oder ihn in dieser Mappe belassen.



Organ spendeausweis
nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

DSO
DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION

Organspende
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.

← hier knicken

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe: _____

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe: _____

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

Ort und Datum

Unterschrift