

# Ratgeber für den Notfall

*Alles, was im Fall der Fälle wichtig ist?*



# Ratgeber für den Notfall

Stand: Februar 2021

## IMPRESSUM

### **Herausgeber:**

Bildungs- und Förderungswerk  
der EVG e.V.  
Weilburger Straße 24  
60326 Frankfurt am Main  
[www.bfw-evg.de](http://www.bfw-evg.de)  
E-Mail: [info@bfw-evg.de](mailto:info@bfw-evg.de)

### **Gestaltung:**

Dreidreizehn Werbeagentur GmbH  
Havelberger Straße 29  
10559 Berlin  
[www.313.de](http://www.313.de)  
E-Mail: [info@313.de](mailto:info@313.de)

### **Copyright 2020 by:**

Bildungs- und Förderungswerk  
der EVG e.V.  
Weilburger Straße 24  
60326 Frankfurt am Main  
[www.bfw-evg.de](http://www.bfw-evg.de)  
E-Mail: [info@bfw-evg.de](mailto:info@bfw-evg.de)



## LIEBE KOLLEGIN, LIEBER KOLLEGE,

keiner beschäftigt sich gerne mit dem Gedanken an Alter, Krankheit oder Behinderung und damit, dass er/sie eines Tages nicht mehr in der Lage sein könnte, die eigenen Angelegenheiten allein zu regeln und selbstständig zu entscheiden. Dieser Fall kann jedoch jederzeit eintreten, nicht erst im Alter, auch in jüngeren Jahren, etwa als Folge eines Unfalls.

Dann sollten – im Fall der Fälle – die wichtigsten Namen, Kontaktdaten, Ärzt\*innen, Krankheiten, Medikamente und Versicherungen dokumentiert sein. Und dann brauchen wir jemanden, der unseren Willen durchsetzt. Idealerweise ist das ein Mensch unseres Vertrauens, den wir mit entsprechenden Vollmachten ausgestattet haben. Das gilt besonders in Bezug auf unsere eigene Gesundheit und das Recht auf Selbstbestimmung.

„Der Ratgeber für den Notfall“ ist eine Hilfe, um im Ernstfall schnell die persönlichen und medizinischen Daten zur Hand zu haben. Und er hilft, die teils komplizierten Formalitäten einer Vorsorgevollmacht, einer Betreuungs- oder Patientenverfügung zu erledigen. Die Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft EVG ermutigt Euch zur rechtzeitigen Vorsorge – egal, ob alt oder jung. So wird Euer Selbstbestimmungsrecht jederzeit gewährleistet. Ich bitte Euch: Verschiebt es nicht auf später, nehmt Euch jetzt die Zeit.

Euer

Martin Burkert



# INHALT

<b>1 FÜR DEN NOTFALL</b>	<b>6</b>
Wichtige Rufnummern.....	7
<b>2 PERSÖNLICHE DATEN</b>	<b>8</b>
Im Notfall zu benachrichtigen .....	9
Im Notfall zu beachten.....	10
<b>3 MEDIZINISCHE DATEN</b>	<b>12</b>
<b>4 VERSICHERUNGEN</b>	<b>14</b>
<b>5 VOLLMACHT / VERFÜGUNGEN</b>	<b>16</b>
Vorsorgevollmacht .....	16
Patientenverfügung.....	20
Beratungen zu Vorsorgevollmachten und Betreuungs- oder Patientenverfügungen.....	20
Betreuungsverfügung .....	21
Schweigepflichtentbindung .....	24
<b>6 BFW DER EVG</b>	<b>24</b>
Anfrage zur Sterbegeldversicherung.....	28
Beitrittserklärung BFW .....	29
Tarif L2K / 2020 – Monatsbeiträge für je 500 € Sterbegeld – Endalter Beitragszahlung 85 Jahre .....	30
<b>7 EVG GESCHÄFTSSTELLEN</b>	<b>31</b>

# 1 FÜR DEN NOTFALL

Bitte neben das Telefon bzw. in die Geldbörse legen



**POLIZEI 110**

**FEUERWEHR 112**

**RETTUNGSDIENST EINSCHLIESSLICH NOTARZT 112**

**ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST 116 117**

bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten des Hausarztes / der Hausärztin

## MEIN HAUSARZT / MEINE HAUSÄRZTIN

Name, Anschrift der Praxis

Telefonnummer

E-Mail

Mein Name

Meine Anschrift

Telefonnummer / E-Mail

Meine Krankenkasse

## MEINE KONTAKTPERSON

Name, Anschrift

Telefonnummer

E-Mail



**POLIZEI 110**

**FEUERWEHR 112**

**RETTUNGSDIENST EINSCHLIESSLICH NOTARZT 112**

**POLIZEI 110**

**FEUERWEHR 112**

**RETTUNGSDIENST EINSCHLIESSLICH NOTARZT 112**

**ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST 116 117**

bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten des Hausarztes / der Hausärztin

**ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST 116 117**

bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten des Hausarztes / der Hausärztin

## MEIN HAUSARZT / MEINE HAUSÄRZTIN

Name, Anschrift der Praxis

Telefonnummer

E-Mail

Mein Name

Meine Anschrift

Telefonnummer / E-Mail

Meine Krankenkasse

## MEINE KONTAKTPERSON

Name, Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

## MEIN HAUSARZT / MEINE HAUSÄRZTIN

Name, Anschrift der Praxis

Telefonnummer / E-Mail

E-Mail

Mein Name

Meine Anschrift

Telefonnummer / E-Mail

Meine Krankenkasse

## MEINE KONTAKTPERSON

Name, Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

**WICHTIGE RUFNUMMERN****POLIZEI 110****FEUERWEHR 112****RETTUNGSDIENST EINSCHLIESSLICH NOTARZT 112****ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST 116 117**

bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, außerhalb der Praxiszeiten des Hausarztes / der Hausärztin

**GIFTNOTRUFZENTRALE BERLIN\* 030 – 19 240****KRANKENTRANSPORTE 19 222****MEIN HAUSARZT / MEINE HAUSÄRZTIN**

Name, Anschrift der Praxis

Telefonnummer

E-Mail

**ANDERE ÄRZT\*INNEN, BEI DENEN ICH IN STÄNDIGER BEHANDLUNG BIN**

Name

Name

Telefonnummer / E-Mail

Telefonnummer / E-Mail

Name

Name

Telefonnummer / E-Mail

Telefonnummer / E-Mail

**MEIN AMBULANTER PFLEGEDIENST**

Name

Name

Name

Beachte die regionale Zuständigkeit: Es gibt weitere Giftnotzentralen und Informationszentren in Bonn (Tel. 0228–19 240), Erfurt (Tel. 0361–730 730), Freiburg (Tel. 0761–19 240), Göttingen (Tel. 0551–19 240), Homburg/Saar (Tel. 06841–19 240), Mainz (Tel. 06131–19 240), München (Tel. 089–19 240), in der Schweiz (Tel. +41 145) und Österreich (Tel. +43 1 406 43 43).

## 2 PERSÖNLICHE DATEN

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort	
Telefonnummer		E-Mail	
Familienstand		Name Ehepartner*in / Lebenspartner*in	
eventuell abweichende Anschrift Ehepartner*in / Lebenspartner*in			
Telefonnummer		E-Mail	
<b>SCHWERBEHINDERUNG</b>		Grad der Behinderung	
JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>	
Art der Behinderung			

### Weitere Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

.....



**IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN****BETREUER\*IN**  **BEVOLLMÄCHTIGTE\*R** 

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

**BETREUER\*IN**  **BEVOLLMÄCHTIGTE\*R** 

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

**SEELSORGER\*IN**

Name

Vorname

Anschrift



## IM NOTFALL ZU BEACHTEN

Wer hat z. B. für meine Wohnung / Büro / Garage oder ähnliches einen Schlüssel; wer versorgt die Tiere im Notfall?)

.....

.....

.....

.....

.....

HAUSARZT / HAUSÄRZTIN	
Name, Anschrift der Praxis	
Telefonnummer	E-Mail

FACHÄRZT*INNEN	
Name, Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer / E-Mail

Name, Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer / E-Mail

**PFLEGEDIENST**

Name, Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

**SONSTIGE (z. B. Therapeut\*in, Palliativdienst / Hospizdienst)**

Name, Fachrichtung

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

Name, Fachrichtung

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

Name, Fachrichtung

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

Name, Fachrichtung

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

Name, Fachrichtung

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

# 3 MEDIZINISCHE DATEN

WICHTIGE DIAGNOSEN	BEHANDELNDE* R ARZT / ÄRZTIN, TELEFONNUMMER / E-MAIL

MEDIKAMENTE, DIE ICH REGELMÄSSIG EINNEHME	

<b>BLUTGRUPPE</b>		<b>ALLERGIEN</b>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
<b>DIABETES</b>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Allergie gegen	
Insulin	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Allergiepass vorhanden	
Ausweis vorhanden	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	<b>ANFALLSLEIDEN</b>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Ausweis befindet sich		Nähere Beschreibung	
<b>BLUTGERINNUNGS-MEDIKAMENTE</b>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Notfallmedikation	
Welche? (z. B. Marcumar, ASS, Aspirin, Clopidogrel, Plavix, Brilique, Xarelto)			
<b>IMPLANTATE</b>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	<b>TRANSPLANTATION</b>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Welcher Art? (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Gelenke)		Welcher Art?	
		Ausweis befindet sich	
Ausweis vorhanden	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	<b>ORGANSPENDEAUSWEIS</b>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Ausweis befindet sich		Ausweis befindet sich	

**STATIONÄRE BEHANDLUNGEN**

von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt / Ärztin
von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt / Ärztin
von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt / Ärztin
von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt / Ärztin
von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt/Ärztin

**AMBULANTE BEHANDLUNGEN**

von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt / Ärztin
von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt / Ärztin
von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt / Ärztin
von / bis	Grund / Diagnose	Behandelnde/r Arzt / Ärztin

**Sonstiges**

.....

.....

.....

.....

## 4 VERSICHERUNGEN

<b>KRANKENVERSICHERUNG</b>	GESETZLICH <input type="checkbox"/>	PRIVAT <input type="checkbox"/>
Name der Krankenkasse		
Nummer der Versichertenkarte		
Verwahrungsort der Versichertenkarte		
<b>PFLEGEVERSICHERUNG</b>	GESETZLICH <input type="checkbox"/>	PRIVAT <input type="checkbox"/>
Name der Pflegekasse		
Nummer der Versichertenkarte		
Verwahrungsort der Versichertenkarte		
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Pflegegrad		NEIN <input type="checkbox"/>
<b>LEBENSVERSICHERUNG</b>		
Name der Versicherungsgesellschaft		
Anschrift		
Telefon / E-Mail		
Versicherungsnummer		
Bezugsberechtigte*r		
Anschrift der / des Bezugsberechtigte*n, Telefon / E-Mail		
<b>UNFALLVERSICHERUNG</b>		
Name der Versicherungsgesellschaft		
Anschrift		
Telefon / E-Mail		
Versicherungsnummer		

**STERBEGELDVERSICHERUNG**

Name der Versicherungsgesellschaft

Anschrift

Telefon / E-Mail

Versicherungsnummer

**NACHLASSANGELEGENHEITEN:** Mein Testament ist hinterlegt bei

Name / Anschrift

Telefon / E-Mail

**BESTATTUNGSVORSORGE**Bestattungsverfügung ja  nein 

Verfügung befindet sich

**Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# 5 VOLLMACHT / VERFÜGUNGEN



## VORSORGEVOLLMACHT

<b>VOLLMACHT</b>	
Ich,	(Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon	E-Mail

### ERTEILE HIERMIT VOLLMACHT AN

	(bevollmächtigte Person)
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon	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.



**1. GESUNDHEITSSORGE / PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT**

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 (§ 1904 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 zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie

über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB)

JA  NEIN

über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)

JA  NEIN

über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB)

JA  NEIN

über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB)

JA  NEIN

entscheiden.

**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 hierzu nachfolgenden Hinweis 1 beachten)

JA  NEIN

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

JA  NEIN

Verbindlichkeiten eingehen  
(bitte hierzu nachfolgenden Hinweis 1 beachten)

JA  NEIN

Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte hierzu nachfolgenden Hinweis 2 beachten)

JA  NEIN

Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

JA  NEIN

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

.....

.....

.....

### Hinweis:

- Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.
- 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 Vollmachterteilung können hierdurch usgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

**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



## PATIENTENVERFÜGUNG

Aufgrund der Komplexität des Themas „Schriftliche Patientenverfügung“ verweisen wir an dieser Stelle auf die Textbausteine des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Sie können unter dem folgenden Link heruntergeladen oder unter dem QR-Code abgerufen werden.



[https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Formulare/Patientenverfuegung\\_Textbausteine\\_word.htm](https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Formulare/Patientenverfuegung_Textbausteine_word.htm)



## BERATUNGEN ZU VORSORGEVOLLMACHTEN UND BETREUUNGS- ODER PATIENTENVERFÜGUNGEN

Für die Beratung bei Fragen rund um das Betreuungsrecht und die Vorsorgevollmacht sind eine Vielzahl regionaler Betreuungsvereine (bundesweit ca. 830) zuständig.

Betreuungsvereine sind eingetragene Vereine. Zu den Aufgaben der Betreuungsbehörden bzw. Betreuungsstellen gehören unter anderem die Beratung und Unterstützung von Betreuern sowie die Mitwirkung bei der Aus- und Fortbildung von Betreuern. Die Vereine müssen von der zuständigen Behörde anerkannt werden, um bestimmte Qualitätsstandards zu wahren.

Um den nächstliegenden Betreuungsverein zu finden, sollten sich Betroffene bei dem für ihren Wohnort zuständigen Amtsgericht oder ihrer Kreis-, Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung erkundigen.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

In diesem Dokument sehen Ihnen die Textbausteine aus der Broschüre „Patientenverfügung“ Seiten 23 bis 33 als Word-Datzi zur Verfügung.

Die Textbausteine verstehen sich als Anregung und Formulierungshilfe. Auf die Erläuterungen in der Broschüre wird verwiesen.

### Die Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.2) und welche Behandlungswünsche der Verfasser in diesen Situationen hat (Formulierungshilfen hierzu unter 2.3). Auch vor dem Hintergrund der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Beschlüsse vom 6. Juli 2016 – XII ZB 61/16, vom 9. Februar 2017 – XII ZB 604/16 und vom 14. November 2016 – XII ZB 107/16) sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z. B. „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z. B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 2.3, die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor zu beschreibende konkrete Behandlungssituation genommen (in den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 2.3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden (vgl. auch Fußnote 3). Im Einzelfall kann sich die erforderliche Konkretisierung aber auch bei einer weniger detaillierten Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheits- oder Behandlungssituationen ergeben (vgl. Beschluss des BGH vom 6. Februar 2017).

#### 2.1 Eingangsformel

Ich, ...  
(Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in)

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

#### 2.2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn



## BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon

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

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

E-Mail

**AUF KEINEN FALL SOLL ZUM BETREUER / ZUR BETREUERIN BESTELLT WERDEN:**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon	E-Mail

**ZUR WAHRNEHMUNG MEINER ANGELEGENHEITEN DURCH DEN BETREUER / DIE BETREUERIN HABE ICH FOLGENDE WÜNSCHE:**


Ort, Datum

Unterschrift

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort

Hiermit entbinde ich meinen Arzt / meine Ärztin / alle Ärzte des Krankenhauses

Vorname / Titel	Name
Straße Hausnr.	PLZ Wohnort

von der Schweigepflicht, soweit es die Beantwortung von Fragen betrifft, die im Zusammenhang stehen mit dem im Folgenden beschriebenen Ereignis:

Hier bitte kurz das Ereignis beschreiben (z. B. „Unfall am...“)

.....

.....

.....

.....

Die von der Schweigepflicht entbundenen Ärzt\*innen werden ausdrücklich ermächtigt, alle gesundheitlichen Daten, die für den Fall relevant sind, weiterzugeben.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

# 6 BFW DER EVG

## 1. WAS IST DAS BFW?

Das **Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.** (BFW der EVG) wurde bereits 1969 unter dem Namen BFW der GdED als erste derartige Einrichtung einer Gewerkschaft in Deutschland gegründet.

**Seit seiner Gründung verfolgt es vor allem drei in seiner Satzung festgelegte Aufgaben für seine Vereinsmitglieder:**

- Angebot einer Gruppen-Sterbegeld-Versicherung
- Finanzierungen von Seminarveranstaltungen
- Herausgabe der „BFW-Ratgeber“.

**Außerdem bietet das BFW Mitgliedern der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft Gruppenversicherungen zu Sonderkonditionen an:**

- Rechtsschutz Multi-Schutz Optimal
- weltweite Unfall-Versicherung
- Dienst- und Berufshaftpflichtversicherung

## 2. WIE KANN ICH BFW MITGLIED WERDEN?

Mitglieder des BFW können werden:

- Mitglieder der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft
- Ehepartner bzw. Lebensgefährten von EVG-Mitgliedern
- Familienangehörige von EVG-Mitgliedern.

Derzeit hat das BFW rund 45.000 Vereinsmitglieder. Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt 4,00 Euro. Für Mitglieder, die eine BFW Gruppensterbegeldversicherung haben, verringert sich der Beitrag auf 1,50 Euro.

## 3. BFW SEMINARE

Die Seminarveranstaltungen für Mitglieder des Bildungs- und Förderungswerk werden von den Landesverbänden und Geschäftsstellen der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) organisiert. Diese gewerkschaftlichen Gremien stellen die Themenpläne auf und laden die Teilnehmer ein. Voraussetzung für die kostenfreie Teilnahme an einem BFW Seminar ist die Mitgliedschaft im Bildungs- und Förderungswerk.

Interessenten wenden sich bitte an die zu ständige Geschäftsstelle der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG). In der Regel finden die Seminare im Ferienhotel „Haus Hammersbach“ in Grainau statt. Die Ortschaft Grainau liegt direkt am Fuße der Zugspitze.

## 4. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM STERBEGELD

Das Sterbegeld ist eine Geldleistung, welche die die Aufwendungen der Bestattung eines Verstorbenen ersetzen soll. Es war bis 2003 insbesondere eine Leistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung durch die Krankenkassen und ist dort im Laufe der Zeit immer mehr reduziert und schließlich ganz abgeschafft worden, besteht bisher aber noch in der Beamtenversorgung fort.

### Gesetzliche Krankenversicherung

Bis zum Jahr 2003 gab es ein gesetzlich zugesichertes Sterbegeld, welches die gesetzlichen Krankenkassen an die Hinterbliebenen ihrer verstorbenen Kassenmitglieder auszahlten. Damals wurden 525 Euro beim Tod des Kassenmitgliedes und 262 Euro beim Tod familienversicherter Angehöriger gezahlt. Der Gesetzgeber hat zum 01.01.2004 die Regelung im Gesetz gestrichen.

### Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung zahlt kein ausgewiesenes Sterbegeld. Wenn das verstorbene Mitglied in der Rentenversicherung war, wird die Witwenrente oder Witwerrente in den ersten drei Monaten zu 100 Prozent gezahlt, danach zu 55 Prozent beziehungsweise 60 Prozent der Höhe der Rente des verstorbenen Versicherten.

### Beamtenversorgung

Ehegatten und Abkömmlinge von Beamten oder Ruhestandsbeamten erhalten nach dem Tod ein Sterbegeld in Höhe des zweifachen der Dienstbezüge, bzw. Ruhegehalts.

### Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung zahlt kein Sterbegeld. Der Tod des Privatversicherten ist kein Versicherungsfall im Sinne der PKV.

### Gesetzliche Unfallversicherung

Versterben Versicherte an den Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, erhalten die Hinterbliebenen ein Sterbegeld in Höhe der aktuellen Bezugsgröße des § 64 SGB VII.

### Private Unfallversicherung

Sind privat Unfallversicherte durch einen Unfall ums Leben gekommen, wird Sterbegeld gezahlt. Dies entspricht der jeweils im Vertrag festgelegten Versicherungssumme.



## Steuerrecht

Private Sterbegeldversicherungen unterliegen als Kapitallebensversicherungen grundsätzlich der Einkommenbesteuerung nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG.

Aufwendungen für ein Begräbnis sind einkommensteuerrechtlich außergewöhnliche Belastungen, die die Hinterbliebenen in ihrer Steuererklärung geltend machen können, wenn die Bestattungskosten aus dem Nachlass nicht finanziert werden können und ein etwaiges Sterbegeld nicht ausreicht.

Im Erbschaftsteuerrecht vermindern Bestattungskosten die Steuerlast; sie sind vom steuerpflichtigen Erwerb abzuziehen. Ohne Nachweis kann der Erbe 10.300 Euro als Bestattungskosten absetzen; höhere Beträge erfordern einen Nachweis.

Der Pauschbetrag wird für jeden Erbfall einmal gewährt. Abziehbar sind in diesem Zusammenhang die Kosten der Grabpflege. Werden die Grabpflegekosten im Voraus in einem Betrag bezahlt, sind sie in voller Höhe abziehbar.

Das Finanzamt darf bei der Anerkennung der Aufwendungen nicht kleinlich sein. Es muss die Kosten für ein „angemessenes“ Grabdenkmal und eine „übliche“ Grabpflege anerkennen.

## 5. BFW GRUPPENSTERBEGELDVERSICHERUNG

Seit vielen Jahren informiert das BFW regelmäßig über ein Thema, das für viele noch ein Tabu ist: die private Vorsorge für den Sterbefall. Zahlreiche Mitglieder und deren Familienangehörige haben die Sonderkonditionen unseres Gruppenvertrages schon genutzt. Jedes Jahr können durch die Auszahlungen im Sterbefall zumindest die finanziellen Folgen beim Verlust eines Angehörigen gemildert werden. Denn oftmals reichen auch Ersparnisse nicht aus, um eine Bestattung zu finanzieren. Deshalb: Vorher schon an nachher denken mit unserer privaten Sterbegeldvorsorge im Rahmen des Gruppentarifs mit günstigeren Konditionen. Für dich selbst oder auch für deine Familienangehörigen. Nach unserem Ermessen ist doch gerade eine gegenseitige finanzielle Absicherung für den Todesfall sinnvoll. Schließlich besteht der Vorsorgebedarf bei uns allen.

Mit unserem Angebot kannst du als BFW Mitglied ebenso wie deine Familienangehörigen eine Sterbegeldversicherung bis zu 12.500 Euro Versicherungssumme beantragen.

## Unser BFW-Angebot für dich und deine Familie:

- Niedrige Beiträge
- Überschussbeteiligung
- Eintrittsalter bis 80 Jahre
- Keine Gesundheitsprüfung, dadurch garantierte Aufnahme
- Versicherungssummen bis zu 12.500 Euro / Gestaffelte Leistung bereits im 1. Versicherungsjahr
- Doppeltes Sterbegeld bei Unfalltod (bei Eintrittsalter bis 74 Jahre)

Mit dem BFW-Sterbegeld sind deine Angehörigen im Falle ihres Ablebens zumindest finanziell gut abgesichert.

Rufe uns an unter der Rufnummer 069 7434950. Das Sterbegeld ist eine Versicherung, die die Aufwendungen der Bestattung eines Verstorbenen abdecken soll.

## 6. BFW FAMILIEN RECHTSSCHUTZ PAKETE

Als Mitglied der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) sind Sie bereits gut abgesichert. Auch wenn Sie nicht mehr berufstätig sind, erhalten Sie gemäß EVG-Satzung Rechtsschutz in sozialrechtlichen Angelegenheiten. Auch vom EVG Basis Rechtsschutz über Privat-/Familien- und Wohnungs-Rechtsschutz profitieren Sie.

Diesen Rechtsschutz können Sie noch optimieren. Mit den BFW-Rechtsschutz Paketen erhalten Sie zusätzliche Leistungen zu einem äußerst günstigen Beitrag.

Das BFW hat mit der DEVK Rechtsschutzversicherung einen besonderen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen, speziell für die Mitglieder des BFW und der EVG. Den dabei erzielten Preis-Rabatt geben wir direkt an unsere Mitglieder weiter.

Dadurch sparen Sie gegenüber einem Eisenbahner ohne Gewerkschaftszugehörigkeit bereits einige hundert Euro im Jahr!

**BFW-Rechtsschutz Multi-Paket Standard Optimal**  
92,40 Euro jährlich / 7,70 Euro monatlich

**BFW-Rechtsschutz Multi-Paket Mobil Optimal**  
134,40 Euro jährlich / 11,19 Euro monatlich (hier sind all Ihre Fahrzeuge und die Ihrer Familie mitversichert)

### Mit den BFW-Multi-Paketen kommen Sie so mit in den Genuss verbesserter Leistungen, wie beispielsweise:

- Mitversicherung aller im Haushalt des Mitglieds lebenden Familienangehörigen (z. B. Kinder, Eltern, Großeltern, Tante, Onkel)
- Verkehrs-Rechtsschutz für alle Fahrzeuge (bei Multi-Paket Mobil Optimal) Wegfall der Selbstbeteiligung
- Opfer-Rechtsschutz
- Unbegrenzte Versicherungssumme Online-Vertrags-Check
- Erhöhung der Versicherungssumme im gewerkschaftlichen EVG Privat-Familien und Wohnungs-Rechtsschutz von 26.000 Euro je Versicherungsfall auf unbegrenzt
- Mitversicherung aller selbstgenutzten Wohneinheiten in Deutschland
- Kostenfreie Mitversicherung des nicht ehelichen / nicht eingetragenen Lebenspartners
- Weltweiter Versicherungsschutz für einen privaten – nicht beruflich bedingten – Auslandsaufenthalt bis zu einem Jahr (Versicherungssumme 200.000 Euro)
- Weltweiter Internet-Vertrags-Rechtsschutz (Versicherungssumme 200.000 Euro)
- Versicherungsvertrags-Rechtsschutz
- Steuer-Rechtsschutz ab dem Einspruchsverfahren
- Verwaltungs-Rechtsschutz ab dem Widerspruchsverfahren
- Mediation (außergerichtliche Streitbeilegung)
- Online-Rechtsberatung durch unabhängige Rechtsanwälte, auch in nicht versicherten Angelegenheiten
- Kostenübernahme bei einer anwaltlichen Tätigkeit im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht bis zu insgesamt 1.000 Euro (gilt nicht für Scheidungs- und Scheidungsfolgesachen)
- Rechtsschutz im Betreuungsverfahren. Wir übernehmen Kosten bis 3.000 Euro.

### TIPP

**Überzeugen Sie sich selbst. Lesen Sie unter [www.devk.de/i-rs-multischutz](http://www.devk.de/i-rs-multischutz), was alles zusätzlich in den Multi-Paketen Optimal steckt. Dort können Sie sich auch direkt alle wichtigen Unterlagen zur Versicherung selbst herunterladen, ausdrucken und abspeichern. Sollte Ihnen kein Internetzugang zur Verfügung stehen, senden wir Ihnen die Unterlagen auch gerne per Post zu!**

**Wenden Sie sich einfach an den EVG-Rechtsschutz-Kundenservice der DEVK unter 0221 757-1996. Dort werden Ihnen auch weitere Fragen zum Thema Rechtsschutz beantwortet.**

### WICHTIG

**Nur wenn Sie am EVG Gruppenversicherungsvertrag zum Privat-/Familien und Wohnungs-Rechtsschutz teilnehmen, können Sie die Rechtsschutz Multi-Pakete Optimal abschließen.**

# Wenn Trauer auch noch Geld kostet

Der Verlust einer geliebten Person lässt uns Menschen an unsere emotionalen Grenzen stoßen. Wenn dann noch finanzielle Sorgen hinzukommen, gerät die Trauerarbeit in den Hintergrund. Das muss nicht sein!

**Schützen Sie Ihre Familie und treffen Sie schon heute Vorsorge für morgen: Die DEVK-Versicherungen bieten eine Sterbegeldversicherung zu einem speziellen Gruppentarif an – exklusiv für Mitglieder des BFW der EVG.**

Um Ihnen ein Angebot zu berechnen, brauchen wir nur Ihr Alter sowie die Höhe der gewünschten Versicherungssumme. Selbst eine Gesundheitsprüfung entfällt bei der Kooperation mit der DEVK.

**Wenn Sie wissen möchten, was Sie ein solider Hinterbliebenenschutz für Ihre Lieben kostet, rufen Sie einfach an!**

**Sie erreichen uns unter der Telefonnummer: 069 74349-50**



## KONTAKT

**Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.**

Weilburger Str. 24

D-60326 Frankfurt am Main

[www.bfw-evg.de](http://www.bfw-evg.de)

**Tel.-Hotline: (069) 74349-50**

**Telefax: (069) 743495-55**

## Sterbegeldversicherung

Ich interessiere mich für eine exklusive BFW / DEVK-Sterbegeldversicherung und möchte den ermäßigten BFW Mitgliedsbeitrag von 1,50 Euro zahlen.

Bitte senden Sie mir einen Antrag im Rahmen des Vertrags mit dem Bildungs- und Förderungswerk der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft e.V. per:

Post (Adresse der Beitrittserklärung)  E-Mail  zu.

Ich erhalte kostenlos einen Antrag mit einem Angebot zur DEVK-Sterbegeldversicherung mit den gesetzlich vorgeschriebenen Informationen anhand der in der Beitrittserklärung ausgefüllten Daten.

BFW-Mitgliedsnummer:

Beginn der Versicherung:

Versicherungssumme:

oder

Versicherungsbeitrag:

→

**Datenschutzhinweis:** Meine personenbezogenen Daten werden durch das BFW unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des deutschen Datenschutzrechts (BDSG) für die Begründung und Verwaltung meiner Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt. Im Rahmen dieser Zweckbestimmungen werden meine Daten ausschließlich zur Erfüllung der gewerkschaftlichen Aufgaben an diesbezüglich besonders Beauftragte weiter gegeben und genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit meiner gesonderten Einwilligung. Die europäischen und deutschen Datenschutzrechte gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finde ich unter [www.bfw-evg.de/footer/datenschutz/](http://www.bfw-evg.de/footer/datenschutz/). Wenn ich eine ausgedruckte Version der Datenschutzhinweise per Post wünsche, kann ich mich an [info@bfw-evg.de](mailto:info@bfw-evg.de) wenden.

# Beitrittserklärung



Mit Wirkung vom  .  .   erkläre ich hiermit meinen Beitritt zum Bildungs- und Förderungswerk der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft e.V. (BFW der EVG). Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des BFW an.

Der monatliche Mitgliedsbeitrag bestimmt sich nach der Satzung und beträgt derzeit 4,00 Euro. Für unsere Mitglieder, die eine BFW/DEVK-Sterbegeldversicherung abgeschlossen haben, verringert sich der monatliche Mitgliedsbeitrag auf 1,50 Euro.

Bitte vollständig und in Druckschrift ausfüllen!

## Persönliche Angaben

 Herr Frau

Name	Vorname	EVG Mitgliedsnummer (falls bekannt)
Straße, Hausnummer		
PLZ	Wohnort	
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand
Nationalität		Staatsangehörigkeit
Telefonnummer/Mobil		E-Mail

## Berufliche Angaben

 Arbeitnehmer Beamte Auszubildende Dual-Studierende Rentner Ruhestandsbeamte

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000404458 Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige das BFW der EVG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die von dem BFW der EVG auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit einer Ankündigungsfrist von einem Tag vor Abbuchungstermin bin ich einverstanden. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Bankverbindung

BIC: IBAN: DE 



## TARIF L2K / 2020 – MONATSBEITRÄGE FÜR JE 500 € STERBEGELD – ENDALTER BEITRAGSZAHLUNG 85 JAHRE

Bei Eintrittsalter 15–74 ist die Unfallzusatzversicherung obligatorisch eingeschlossen.

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung minus dem Geburtsjahr der zu versichernden Person.

Eintrittsalter	Bruttobeitrag monatlich	Eintrittsalter	Bruttobeitrag monatlich	Eintrittsalter	Bruttobeitrag monatlich	Eintrittsalter	Bruttobeitrag monatlich
15	0,76 €	33	1,04 €	51	1,69 €	69	3,87 €
16	0,77 €	34	1,07 €	52	1,75 €	70	4,13 €
17	0,78 €	35	1,09 €	53	1,81 €	71	4,41 €
18	0,79 €	36	1,12 €	54	1,88 €	72	4,74 €
19	0,80 €	37	1,14 €	55	1,95 €	73	5,10 €
20	0,82 €	38	1,17 €	56	2,03 €	74	5,52 €
21	0,83 €	39	1,20 €	57	2,11 €	75	5,97 €
22	0,84 €	40	1,23 €	58	2,20 €	76	6,56 €
23	0,86 €	41	1,26 €	59	2,29 €	77	7,28 €
24	0,87 €	42	1,29 €	60	2,40 €	78	8,18 €
25	0,89 €	43	1,33 €	61	2,51 €	79	9,34 €
26	0,91 €	44	1,37 €	62	2,63 €	80	10,93 €
27	0,92 €	45	1,41 €	63	2,77 €		
28	0,94 €	46	1,46 €	64	2,91 €		
29	0,96 €	47	1,49 €	65	3,07 €		
30	0,98 €	48	1,54 €	66	3,24 €		
31	1,00 €	49	1,59 €	67	3,43 €		
32	1,02 €	50	1,64 €	68	3,64 €		

Um nun den Beitrag für eine andere Versicherungssumme zu berechnen, entnehmen Sie der Tabelle den Monatsbeitrag für das entsprechende Eintrittsalter. Für höhere Versicherungssummen wird der genannte Beitrag im Verhältnis von 500 € zur gewünschten Versicherungssumme angepasst und Sie addieren dann 0,50 € hinzu.

**Beispiel:** Eintrittsalter 30 Jahre, für 3.000 € Versicherungssumme  $0,98 € \times \frac{3.000 €}{500 €} + 0,50 € = 6,38 €$

Hinweis: Versicherungstechnisch werden die Beiträge genauer gerechnet. Entsprechend kann es bei dieser vereinfachten Rechnung zu Rundungsdifferenzen kommen. Diese bewegen sich allerdings im Cent-Bereich.

# 7 EVG GESCHÄFTSSTELLEN

## Geschäftsstelle Augsburg

Sieglindenstr. 12, 86152 Augsburg  
Tel.: 0821 54 37 40 5-0  
E-Mail: augsburg@evg-online.org

## Geschäftsstelle Berlin

Reinhardtstr. 23, 10117 Berlin  
Tel.: 030 42 43 91-0  
E-Mail: berlin@evg-online.org

## Geschäftsstelle Bremen

Bahnhofplatz 22 – 28, 28195 Bremen  
Tel.: 0421 98 50 45 0-0  
E-Mail: bremen@evg-online.org

## Geschäftsstelle Cottbus

Vetschauer Str. 11b, 03048 Cottbus  
Tel.: 0355 29 05 72 9-0  
E-Mail: cottbus@evg-online.org

## Geschäftsstelle Dortmund

Westenhellweg 124 – 126, 44137 Dortmund  
Tel.: 0231 28 86 32 5-0  
E-Mail: dortmund@evg-online.org

## Geschäftsstelle Dresden

Budapester Str. 31, 01069 Dresden  
Tel.: 0351 87 77 3-0  
E-Mail: dresden@evg-online.org

## Geschäftsstelle Duisburg

Königstr. 57, 47051 Duisburg  
Tel.: 0203 80 70 00-60  
E-Mail: duisburg@evg-online.org

## Geschäftsstelle Düsseldorf

Bismarckstr. 98, 40210 Düsseldorf  
Tel.: 0211 59 88 89 2-0  
E-Mail: duesseldorf@evg-online.org

## Geschäftsstelle Erfurt

Bahnhofstr. 27, 99084 Erfurt  
Tel.: 0361 55 07 09-0  
E-Mail: erfurt@evg-online.org

## Geschäftsstelle Frankfurt

Weilburger Str. 24, 60326 Frankfurt  
Tel.: 069 97 58 00-0  
E-Mail: frankfurt@evg-online.org

## Geschäftsstelle Halle

Marienstr. 3, 06108 Halle (Saale)  
Tel.: 0345 44 58 64 7-0  
E-Mail: halle@evg-online.org

## Geschäftsstelle Hamburg

Hammerbrookstr. 90, 20097 Hamburg  
Tel.: 040 23 51 37-0  
E-Mail: hamburg@evg-online.org

## Geschäftsstelle Hamm

Willy-Brandt-Platz 7, 59065 Hamm  
Tel.: 02381 92 90 42-0  
E-Mail: hamm@evg-online.org

## Geschäftsstelle Hannover

Hamburger Allee 24, 30161 Hannover  
Tel.: 0511 76 86 6-0  
E-Mail: hannover@evg-online.org

## Geschäftsstelle Karlsruhe

Bahnhofplatz 10, 76137 Karlsruhe  
Tel.: 0721 35 04 0-0  
E-Mail: karlsruhe@evg-online.org

## Geschäftsstelle Kassel

Rainer-Dierichs-Platz 1, 34117 Kassel  
Tel.: 0561 20 23 03 5-0  
E-Mail: kassel@evg-online.org

## Geschäftsstelle Kiel

Legienstr. 22, 24103 Kiel  
Tel.: 0431 38 58 99 2-0  
E-Mail: kiel@evg-online.org

## Geschäftsstelle Köln

Johannisstr. 54, 50668 Köln  
Tel.: 0221 91 27 48-0  
E-Mail: koeln@evg-online.org

## Geschäftsstelle Leipzig

Rosa-Luxemburg-Str. 27, 04103 Leipzig  
Tel.: 0341 22 61 6-0  
E-Mail: leipzig@evg-online.org

## Geschäftsstelle Magdeburg

Ernst-Reuter-Allee 41, 39104 Magdeburg  
Tel.: 0391 53 55 6-0  
E-Mail: magdeburg@evg-online.org

## Geschäftsstelle Mainz

Kaiserstr. 26-30, 55116 Mainz  
Tel.: 06131 88 45 55-0  
E-Mail: mainz@evg-online.org

## Geschäftsstelle Mannheim

L 13, 9, 68161 Mannheim  
Tel.: 0621 39 18 4 74-0  
E-Mail: mannheim@evg-online.org

## Geschäftsstelle München

Marsstr. 21, 80335 München  
Tel.: 089 13 01 45 8 - 0  
E-Mail: muenchen@evg-online.org

## Geschäftsstelle Nürnberg

Essenweinstr. 4 – 6, 90443 Nürnberg  
Tel.: 0911 21 47 2-0  
E-Mail: nuernberg@evg-online.org

## Geschäftsstelle Osnabrück

August-Bebel-Platz 1, 49074 Osnabrück  
Tel.: 0541 97 04 72 3-0  
E-Mail: osnabrueck@evg-online.org

## Geschäftsstelle Potsdam

Karl-Liebnecht-Str. 4 – 5, 14482 Potsdam  
Tel.: 0331 2434161-0  
E-Mail: potsdam@evg-online.org

## Geschäftsstelle Regensburg

Bischof-von-Henle-Straße 2B,  
93051 Regensburg  
Tel.: 0941 46 52 38 4-0  
E-Mail: regensburg@evg-online.org

## Geschäftsstelle Rostock

Goethestraße 2, 18055 Rostock  
Tel.: 0381 87 74 91 0-0  
E-Mail: rostock@evg-online.org

## Geschäftsstelle Saarbrücken

Beethovenstraße 13, 66111 Saarbrücken  
Tel.: 0681 38 37 770-70  
E-Mail: saarbruecken@evg-online.org

## Geschäftsstelle Stuttgart

Willi-Bleicher-Str. 20, 70174 Stuttgart  
Tel.: 0711 99 78 07 3  
E-Mail: stuttgart@evg-online.org

## Geschäftsstelle Ulm

Weinhof 23, 89073 Ulm  
Tel.: 0731 3788090-0  
E-Mail: ulm@evg-online.org

## Geschäftsstelle Würzburg

Haugerring 2, 97070 Würzburg  
Tel.: 0931 26 08 01 2-0  
E-Mail: wuerzburg@evg-online.org

## Standorte der EVG-Geschäftsstellen



### Bildungs- und Förderungswerk der EVG e. V.

Weilburger Straße 24,  
60326 Frankfurt am Main

Telefon: 069 74 34 95-0

Telefax: 069 74 34 95-55

[www.bfw-evg.de](http://www.bfw-evg.de)

[info@bfw-evg.de](mailto:info@bfw-evg.de)