

NOTFALLMAPPE

Name

Vorname

Geburtsdatum



Wichtige Rufnummern:

Polizei (Notruf, Überfall, Unfall)	110
Feuerwehr	112
Rettungsdienst / Ärztlicher Notdienst	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	01805 191212 oder 116 117
Giftnotruf – Zentrale Bayern	089/19 240
Donau-Isar-Klinikum Deggendorf	0991/380-0
Hausarzt Dr.	
Apotheke / Apothekennotdienst (außerhalb Öffnungszeiten)	0800/0022833
Polizeiinspektion Deggendorf	0991/3896-0
Polizeiinspektion Plattling	09931/9164-0
EC-Kartensperrung	116 116
Rathaus	
Pfarramt	
Frauennotruf	0991/382460
Stromversorger - Störungsnummer	
Heizung - Störungsnummer	
Wasserversorgung – Störungsnummer	

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger

Wenn man gut vorsorgt, gibt einem das ein Gefühl der Sicherheit.

Unfälle und Krankheiten sind nicht vorhersehbar und können in jedem Alter plötzlich eintreten, so dass es gut ist, wenn man die wichtigsten Informationen gleich zur Hand hat. Diese Notfallmappe bietet Ihnen die Möglichkeit, auf einen Griff alle wichtigen Daten für Sie und Ihre Vertrauenspersonen verfügbar zu halten. So können Sie in jeder Lebenslage sicher sein, dass im Notfall ausreichend und schnell nach Ihren Bedürfnissen und Vorstellungen gehandelt werden kann.

Damit sie im Notfall hilfreich sein kann, teilen Sie auch Ihren Vertrauenspersonen mit, dass Sie eine Notfallmappe erstellt haben und wo Sie diese aufbewahren. Überprüfen Sie die Notfallmappe auch regelmäßig und aktualisieren Sie Änderungen.

Ich wünsche Ihnen von Herzen, dass Ihre Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommen muss.

Mit den besten Grüßen,
Ihr Landrat



Christian Bernreiter

Inhaltsverzeichnis

Wichtige Rufnummern	Seite 2
Persönliche Daten	Seite 5
Im Notfall zu benachrichtigen	Seite 6
Ärzte	Seite 6
Krankenversicherung, Apotheke, Pflegedienst	Seite 8
Notfallblatt	Seite 9
Weitere Versicherungen	Seite 13
Finanzen	Seite 15
Einnahmen	Seite 16
Vermögen	Seite 20
Verbindlichkeiten, Sonstiges	Seite 21
Verträge	Seite 21
Vorsorgevollmacht	Seite 24
Kontovollmacht	Seite 27
Betreuungsverfügung	Seite 29
Wertvorstellungen	Seite 32
Patientenverfügung	Seite 36
Verzeichnis der Vollmachten	Seite 39
Nachlassangelegenheiten	Seite 40
Mein Leben	Seite 41
Checkliste Todesfall	Seite 42

Persönliche Daten

Name

Geburtsname

Vornamen

Geburtsdatum

Geburtsort

Land

Nationalität

Konfession

Familienstand

Ggf. Datum Eheschließung/Scheidung

Ehegatte/Lebenspartner

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Im Notfall zu benachrichtigen

Name

Vorname

Verwandtschaft, Beziehung

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Arbeit

Handynummer

E-Mail-Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name

Vorname

Verwandtschaft, Beziehung

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Arbeit

Handynummer

E-Mail-Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Wohnungsschlüssel ist hinterlegt bei

Name

Vorname

Telefonnummer

Handynummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Hausarzt

Name der Praxis

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefonnummer

Handynummer

Weitere Ärzte

Name der Praxis

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Handynummer

Name der Praxis

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Handynummer

Name der Praxis

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Handynummer

Krankenversicherung

Name Krankenkasse

Ansprechpartner

Telefonnummer

Versicherungsnummer

Aufbewahrungsort Versicherungskarte

Zusatzversicherung/Beihilfe

Versicherungsgesellschaft/Beihilfestelle

Telefonnummer

Versicherungsnummer/PK-Nummer

Apotheke

Name der Apotheke

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Ansprechpartner

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Handynummer

NOTFALLBLATT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hausnummer und Straße

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer zu Hause

Handynummer

Krankenversicherung

Versicherungsnummer

Aufbewahrungsort Karte

Konfession

Pflegestufe

Mitbewohner: Name und Vorname

Mitbewohner: Telefonnummer, Handynummer

Bezugsperson: Name und Vorname

Bezugsperson: Telefonnummer

Beziehungsverhältnis

Grunderkrankungen/Diagnosen/Allergien (auszufüllen mit Hilfe des Hausarztes)

Hausarzt: Name

Telefonnummer

NOTFALLBLATT

Blutgerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnprothese/Implantat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Port	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organspende-Ausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausnotruf _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ggf. Name und Telefonnummer des Anbieters

Weitere medizinische Daten

Blutgruppe

Anfallsleiden

Impfungen

Welche Impfungen?

ja nein

Impfungen vollständig?

Aufbewahrungsort Impfbuch

Allergien

Welche Allergien?

Aufbewahrungsort Allergiepass

Diabetes

Diabetes (Insulin? Tabletten?)

Aufbewahrungsort Ausweis

Medikamentenplan (Name und Dosierung der Medikamente)

Präparate morgens: Alle Namen und Dosierungen

Präparate mittags: Alle Namen und Dosierungen

Präparate abends: Alle Namen und Dosierungen

Sonstige Präparate: Alle Namen und Dosierungen

Schwerbehinderung

Grad der Behinderung

Merkzeichen

Gültigkeitszeitraum

Aufbewahrungsort Ausweis

Implantate

Art des Implantats (z.B: Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne,...)

Transplantation

Zeitpunkt und Art der Transplantation

Organspendeausweis

Aufbewahrungsort Ausweis

Sonstiges

(z.B. Vorerkrankungen, Zahnersatz,.....)

NOTFALLBLATT

Ärztliche Behandlungen (ambulant)

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes

Klinische Behandlungen (stationär)

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
Name der Klinik	Postleitzahl und Ort	
Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes
Name der Klinik	Postleitzahl und Ort	

Maßnahmen bei einer Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten angeben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankbett freimachen (kleinere Möbel wie Stühle, Tische wegräumen)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere,...)
- Falls notwendig, Pflegedienst benachrichtigen

In das Krankenhaus sind mitzunehmen

- Notfallblatt
- Verzeichnis der erteilten Vollmachten
- Ärztl. Transport- u. Krankenhauseinweisung
- Krankenversicherungskarte
- Geld (nur geringer Betrag)
- Bisher eingenommene Medikamente samt Medikamentenplan
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen/Bezugspersonen
- Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht (falls nicht bereits an Vertrauensperson ausgehändigt)
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Hausschuhe
- Ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehilfe
- Hausschlüssel
- Personalausweis
- Toilettenartikel

Weitere Versicherungen

Aufbewahrungsort der Unterlagen

Gesetzliche Pflegeversicherung

Name der Pflegeversicherung	Versicherungsnummer
-----------------------------	---------------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Telefonnummer	Pflegestufe
---------------	-------------

Private Pflegeversicherung/Zusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Unfallversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

Name des örtlich zuständigen Vertreters	Telefonnummer
---	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Lebensversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
-----------------------	---------------------

Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
-------------------------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Bestattungsvorsorge-/Sterbeversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
-----------------------	---------------------

Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
-------------------------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Weitere Versicherungen

Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Hausratversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Brandversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Wohngebäudeversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Kfz-Versicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Weitere Versicherungen und Finanzen

Sonstige Versicherungen

Girokonten

IBAN

BIC

Name des Bankinstituts

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Ansprechpartner

Weitere Verfügungsberechtigte/Bevollmächtigte

Name, Vorname

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name, Vorname

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Sonstige Konten

Kreditkarten von

Name des Instituts

Kartenummer

Name des Instituts

Kartenummer

Einnahmen aus Erwerbstätigkeit

Einnahmen aus nichtselbständiger Erwerbstätigkeit

Name des Arbeitgebers

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Personalnummer

Sozialversicherungsnummer

Zuständiges Finanzamt

Steuernummer

Einnahmen aus Selbständigkeit

Art der Selbständigkeit

Name der Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Zuständiges Finanzamt

Steuernummer

Steueridentifikationsnummer

Handelsregister

weitere Angaben

Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung

Vermietetes / verpachtetes Objekt Art / Lage / Anschrift

Mieter / Pächter Name und Anschrift

Zuständiges Finanzamt, Steuernummer

Einnahmen aus Nebentätigkeit

Beschreibung der Nebentätigkeit, Arbeitgeber Name und Anschrift

Zuständiges Finanzamt, Steuernummer, Steueridentifikationsnummer

Einnahmen aus Rente/Versorgung/Sonstige

Gesetzliche Versicherung

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde

Personalkennziffer

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Betriebsrente/Zusatzversorgung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Witwen-/Witwerrente

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Verstorbener Ehepartner

Name

Geburtsname

Geburtsdatum

Sterbedatum

Einnahmen aus Rente/Versorgung/Sonstige

Berufsständischer Versorgung

Versorgungskammer

Aktenzeichen

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Sonstige Renten/Versorgung (z.B. Opferentschädigungsrente, Unfallrente,...)

Art der Leistung

Behörde

Aktenzeichen

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Sonstige Leistungen aus Verträgen (z.B. Riesterrente, Rüruprente, Übergabevertrag)

Art der Leistung

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Art der Leistung

Name des Notars/der Behörde,

Aktenzeichen

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Einnahmen aus Rente/Versorgung/Sonstige

Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter/sonstige Sozialleistungen (z.B: Arbeitslosengeld, Wohngeld)

Art der Leistung	Behörde
------------------	---------

Aktenzeichen	Telefonnummer
--------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Art der Leistung	Behörde
------------------	---------

Aktenzeichen	Telefonnummer
--------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Sonstige Einnahmen

Art der Einnahme	Name des Leistenden
------------------	---------------------

ggf. Aktenzeichen	Telefonnummer
-------------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Art der Einnahme	Name des Leistenden
------------------	---------------------

ggf. Aktenzeichen	Telefonnummer
-------------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Art der Einnahme	Name des Leistenden
------------------	---------------------

ggf. Aktenzeichen	Telefonnummer
-------------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Vermögensaufstellung

Grund- und Immobilieneigentum

Art	Gemarkung
Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Datum	Aktenzeichen Vertrag
Notar/Behörde: Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Art	Gemarkung
Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Datum	Aktenzeichen Vertrag
Notar/Behörde: Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Sonstiges Vermögen

(Sparbücher, sonstige Sparanlagen, Wertpapiere, Aktien, Depot, Bausparverträge, sonstige Vermögensgegenstände)

Art	
Institut	Anlagennummer/Kontonummer
Telefonnummer	Ansprechpartner
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Art	
Institut	Anlagennummer/Kontonummer
Telefonnummer	Ansprechpartner
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Vermögensaufstellung

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

Datum des Vertragsabschlusses, Rückzahlungsmodalitäten

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

Datum des Vertragsabschlusses, Rückzahlungsmodalitäten

Darlehensgeber, Darlehensbetrag

Datum des Vertragsabschlusses, Rückzahlungsmodalitäten

Sonstiges zu Finanzen

Bestehende Verträge (z.B. Miete, Strom, Telefon, usw.)

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

Kundennummer

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

Kundennummer

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Vermögensaufstellung

Bestehende Abonnements (z.B. Zeitungen)

Vertragsgegenstand	Vertragspartner
--------------------	-----------------

Kundennummer	Telefonnummer
--------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Vertragsgegenstand	Vertragspartner
--------------------	-----------------

Kundennummer	Telefonnummer
--------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Bestehende Mitgliedschaften (z.B. Vereine, Verbände, Clubs)

Name des Vereins/Verbands/Clubs	Mitgliedsnummer
---------------------------------	-----------------

ehrenamtliche Funktion	Telefonnummer
------------------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Name des Vereins/Verbands/Clubs	Mitgliedsnummer
---------------------------------	-----------------

ehrenamtliche Funktion	Telefonnummer
------------------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGS- UND PATIENTENVERFÜGUNG

Eine ganz persönliche und individuelle Angelegenheit

„Ein Testament machen“ - das heißt zu Lebzeiten regeln, was mit dem Nachlass geschehen soll - ist für viele ein ganz normaler Vorgang.

Was aber ist, wenn man durch einen Unfall, eine Krankheit oder altersbedingt plötzlich nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selber zu regeln?

Hier kann jeder schon in „guten Tagen“ durch eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung und/oder durch eine Patientenverfügung für den Fall dieser „Hilfebedürftigkeit“ vorsorgliche Anordnungen treffen. Diese Vorsorge wird vielfach auch als „Alterstestament“ bezeichnet.

Der Gesetzgeber hat einer solchen „Hilfebedürftigkeit“ durch die mögliche Bestellung eines Betreuers Sorge getragen. *Gleichzeitig wird aber im Gesetz darauf hingewiesen, dass die Erteilung einer Vollmacht durch den Betroffenen immer Vorrang vor einer gerichtlich angeordneten Betreuung haben soll. Mit einer Vorsorgevollmacht regeln Sie selber, wer in welchem Umfang für Sie tätig werden darf. Eine Beteiligung des Betreuungsgerichts ist dann nicht mehr notwendig.*

Sollten Sie keine Vertrauensperson bevollmächtigen wollen oder können und kommt es zu einer Betreuung, können Sie die durch rechtzeitig geäußerte Wünsche in einer sog. Betreuungsverfügung mit Vorschlägen zur Person des Betreuers und zur Gestaltung der Betreuung gezielt Einfluss nehmen.

So kann etwa festgelegt werden, wer gegebenenfalls Betreuer werden soll. Zumeist wird hier vorrangig an den Ehegatten oder nahe Verwandte gedacht. Jedoch sollte nicht vergessen werden, dass der Vorgeschlagene möglicherweise aus Altersgründen im späteren „Ernstfall“ vielleicht nicht mehr in der Lage sein kann, diese Aufgabe zu übernehmen.

Vorsorglich sollte dann an zweiter Stelle eine andere gewünschte Person benannt werden. Diese wichtige Vorsorge ist nicht an ein bestimmtes Alter oder Lebensabschnitt gebunden.

Es wird empfohlen, beigefügte Mustervollmachten und Verfügungen nach Bedarf zu entnehmen und an die bevollmächtigten Personen auszuhändigen. In dieser Notfallmappe sollen aber auf jeden Fall die Verzeichnisse darüber geführt werden, wo sich die Vollmachten befinden und wer mit einer Vollmacht/Verfügung beauftragt wurde. Damit dürfte sichergestellt sein, dass im Notfall die Vollmachten im Original auch vorgelegt werden können.

Alternativ ist es natürlich auch möglich, die Vollmachten in dieser Mappe zu belassen, wenn sichergestellt ist, dass die Bevollmächtigten im Notfall auch Zugriff darauf haben.

Weitere Informationen:

- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (www.bmjv.de)
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz (www.justiz.bayern.de/service/)
- Betreuungsstelle am Landratsamt Deggendorf, Herrenstraße 18, 94469 Deggendorf
Telefon: (0991) 3100 – 383, 368 oder 284
E-Mail: betreuungsstelle@lra-deg.bayern.de

VORSORGEVOLLMACHT

Seite 1

Ich,

Vollmachtgeber/in: Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Telefaxnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

erteile hiermit Vollmacht an

Bevollmächtigte Person: Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Telefaxnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

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 werden sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- 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.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.
 - Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.
 - Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.
 -
-

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

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
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
 - Verbindlichkeiten eingehen
 - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis auf Seite 26.
 - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.
 - Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können
-
-
-

Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Service „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Vetretung vor Gericht

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

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.

Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift
der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift
der Vollmachtnehmerin/ des Vollmachtnehmers)

Hinweis:

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen (Muster im Anschluss an dieses Formular). Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich bzw. sinnvoll!

VORSORGEVOLLMACHT KONTO-/DEPOTVOLLMACHT

Seite 1

(Muster - abgestimmt mit den im Zentralen Kreditausschuss zusammenarbeitenden Spitzenverbänden der Kreditwirtschaft)

Kontoinhaber/Vollmachtgeber

Name	Vorname
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Bank

Name der Bank/Sparkasse	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Ich bevollmächtige hiermit den nachstehend genannten Bevollmächtigten

Name	Vorname	
Geburtsname	Geburtsdatum	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort	

mich im Geschäftsverkehr mit der Bank/Sparkasse zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle meine bestehenden und künftigen Konten und Depots bei der vorgenannten Bank/Sparkasse.

Im Einzelnen gelten folgende Regelungen:

1. Die Vollmacht berechtigt gegenüber der Bank/Sparkasse dazu,
 - über das jeweilige Guthaben (z. B. durch Überweisung, Barabhebungen, Schecks) zu verfügen und in diesem Zusammenhang auch Festgeldkonten und sonstige Einlagenkonten einzurichten,
 - eingeräumte Kredite in Anspruch zu nehmen,
 - von der Möglichkeit vorübergehender Kontoüberziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch zu machen,
 - An- und Verkäufe von Wertpapieren (mit Ausnahme von Finanztermingeschäften) und Devisen zu tätigen und die Auslieferung an sich zu verlangen,
 - Abrechnungen, Kontoauszüge, Wertpapier-, Depot- und Ertragnisaufstellungen sowie sonstige die Konten/ Depots betreffenden Mitteilungen und Erklärungen entgegenzunehmen und anzuerkennen
 - sowie Debitkarten zu beantragen. (Begriff institutsabhängig, zum Beispiel EC- bzw. Maestro-Karte oder Kundenkarte.)
2. Zur Erteilung von Untervollmachten ist der Bevollmächtigte nicht berechtigt.

VORSORGEVOLLMACHT KONTO-/DEPOTVOLLMACHT

Seite 2

3. Die Vollmacht kann vom Kontoinhaber jederzeit gegenüber der Bank/Sparkasse widerrufen werden. Widerruft der Kontoinhaber die Vollmacht gegenüber dem Bevollmächtigten, so hat der Kontoinhaber die Bank/Sparkasse hierüber unverzüglich zu unterrichten. Der Widerruf gegenüber der Bank/Sparkasse und deren Unterrichtung sollten aus Beweisgründen möglichst schriftlich erfolgen.
4. Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Kontoinhabers; sie bleibt für die Erben des verstorbenen Kontoinhabers in Kraft. Widerruft einer von mehreren Miterben die Vollmacht, so kann der Bevollmächtigte nur noch diejenigen Miterben vertreten, die seine Vollmacht nicht widerrufen haben. In diesem Fall kann der Bevollmächtigte von der Vollmacht nur noch gemeinsam mit dem Widerrufenden Gebrauch machen. Die Bank/ Sparkasse kann verlangen, dass der Widerrufende sich als Erbe ausweist.

Wichtige Hinweise für den Kontoinhaber/Vollmachtgeber

Ab wann und unter welchen Voraussetzungen der Bevollmächtigte von dieser Vollmacht Gebrauch machen darf, richtet sich nach den gesondert zu treffenden Vereinbarungen zwischen dem Kontoinhaber und dem Bevollmächtigten. Unabhängig von solchen Vereinbarungen kann der Bevollmächtigte gegenüber der Bank/Sparkasse ab dem Zeitpunkt der Ausstellung dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen.

Die Bank/Sparkasse prüft nicht, ob der „Vorsorgefall“ beim Kontoinhaber/Vollmachtgeber eingetreten ist.!

Ort, Datum

Unterschrift
der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten
(Unterschrift dient als Unterschriftenprobe)

Hinweis:

Ihre Bank/Sparkasse ist gesetzlich verpflichtet, den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. Zur Erteilung der Konto-/Depotvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Falls Sie sich entschließen wollen, keine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, nämlich durch eine Betreuungsverfügung (Muster auf folgenden Seiten).

Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll).

Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.

Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat.

Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.

Reicht der folgende Vordruck aus Platzgründen für die Niederschrift Ihrer Wünsche nicht aus, können Sie auch ein Beiblatt anfügen.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Vollmachtgeber/in: Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Telefaxnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

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

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Auf keinen Fall zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden soll

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.

2. _____

3. _____

Ort, Datum

Unterschrift

Eigene Wertvorstellungen

Wenn Sie sich mit einer Patientenverfügung beschäftigen wollen sollten Sie zunächst den folgenden Abschnitt

„Eigene WERTVORSTELLUNGEN“

in Ruhe lesen.

Eigene Wertvorstellungen

Grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben

Eine wichtige Ergänzung und Verstärkung Ihrer Patientenverfügung ist es, wenn Sie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung und Ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und aufschreiben. Dazu können Ihnen die folgenden Überlegungen und Fragen hilfreich sein.

Zunächst zwei Beispiele, die folgendes deutlich machen sollen:

In bestimmten Grenzsituationen des Lebens sind Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen im Einzelfall kaum möglich. Wenn Sie sich selbst für die eine oder andere Lösung entscheiden, übernehmen Sie Verantwortung dafür, ob Sie auf der einen Seite auf ein mögliches Stück Leben verzichten wollen, oder ob Sie für eine kleine Chance guten Lebens einen möglicherweise hohen Preis an Abhängigkeit und Fremdbestimmung zu zahlen bereit sind.

Wiederbelebungsversuche sind häufig erfolgreich im Hinblick auf das Wiedereinsetzen der Herz- und Nierentätigkeit. Leider gelingt jedoch viel seltener eine komplette Wiederherstellung aller Gehirnfunktionen. Bei einer Wiederbelebung entscheiden oft Sekunden oder Minuten über den Erfolg. Daher hat der Arzt in dieser Situation keine Zeit, lange Diskussionen oder Entscheidungsprozesse zu führen. Er kann auch nicht voraussagen, ob der betreffende Mensch überhaupt nicht zu retten ist, ob er mit einem schweren Hirnschaden als Pflegefall überleben wird oder ob ihm nach erfolgreicher Wiederbelebung ein normales, selbstbestimmtes Leben möglich ist.

Wenn Sie sich über Ihre Behandlungswünsche in einer solchen Situation Klarheit verschaffen wollen, könnte die Beantwortung folgender Fragen hilfreich für Sie sein:

- Wünschen Sie, dass Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens wiederbelebt werden, weil eine Chance besteht, nicht nur am Leben zu bleiben, sondern ein weiterhin selbstbestimmtes Leben führen zu können?
- Verzichten Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens auf die Chance, weitgehend folgenlos eine Wiederbelebung zu überstehen, weil der Preis einer möglichen schlimmen Hirnschädigung für Sie zu hoch wäre?

Wachkomapatienten finden in Ausnahmefällen noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Therapie, aber auch totaler Abhängigkeit in ein selbstbestimmtes, bewusstes Leben zurück. Auch in dieser Situation können Ärzte zunächst nicht voraussagen, ob die jeweils betroffene Person zu den wenigen gehören wird, die in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren oder zu den vielen, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen.

Fragen im Hinblick auf diese Situation könnten sein:

- Wünschen Sie, dass im Falle eines Wachkomas alles Menschenmögliche für Sie getan wird in der Hoffnung, dass Sie vielleicht zu den wenigen gehören, die nach jahrelanger Therapie in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren können?
- Oder ist Ihnen die Vorstellung einer langjährigen totalen Abhängigkeit zu erschreckend, so dass Sie lieber auf diese Lebensmöglichkeit verzichten wollen und nach einer von Ihnen zu bestimmenden Zeit weitere Maßnahmen zur Lebensverlängerung ablehnen?

Natürlich werden Ihre Antworten auf diese Fragen davon abhängen, ob Sie alt oder jung sind, unheilbar krank oder gesund. Sie hängen aber auch ab von Ihren Einstellungen zu dem hinter Ihnen liegenden Lebensabschnitt und von Ihren Vorstellungen über die vor Ihnen liegende Lebensspanne. Und je nach Lebenssituation können die Antworten im Laufe Ihres Lebens immer wieder anders ausfallen.

Eigene Wertvorstellungen

Grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben

Die folgenden Fragen sollen Sie anregen, über Ihre eigenen Lebenseinstellungen und Wertvorstellungen nachzudenken:

- Können Sie Ihr Leben rückblickend als gelungen bezeichnen? Oder würden Sie lieber – wenn Sie könnten – Ihr Leben ganz anders führen? Sind Sie enttäuscht worden vom Leben? Gibt es viele unerfüllte Wünsche, von denen Sie hoffen, dass sie zukünftig noch erfüllt werden könnten?
- Wie sind Sie bisher mit leidvollen Erfahrungen in Ihrem Leben umgegangen? Haben Sie sich dabei von anderen helfen lassen oder haben Sie versucht, alles allein zu regeln und alles mit sich selbst auszumachen?
- Haben Sie Angst, anderen zur Last zu fallen oder sind Sie der Meinung, dass Sie sich getrost helfen lassen dürfen?
- Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Lebensgestaltung? Und welche Rolle spielt sie in Ihren Zukunftserwartungen, auch über den Tod hinaus?
- Wollen Sie noch möglichst lange leben? Oder ist Ihnen die Intensität Ihres zukünftigen Lebens wichtiger als die Lebensdauer? Geht Ihnen die Qualität des Lebens vor Quantität oder umgekehrt, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist?
- Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Wie gehen Sie damit um? Gibt es für Sie einen Unterschied in der Wertung zwischen geistiger und körperlicher Behinderung? Was wäre die schlimmste Behinderung, die Sie selbst treffen könnte?
- Gibt es viele „unerledigte“ Dinge in Ihrem Leben, für deren Regelung Sie unbedingt noch Zeit brauchen?
- Welche Rolle spielen Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen in Ihrem Leben? Haben Sie gern vertraute Menschen um sich, wenn es Ihnen schlecht geht oder ziehen Sie sich lieber zurück? Können Sie sich vorstellen, einen Menschen beim Sterben zu begleiten? Würden Sie eine solche Begleitung für sich selber wünschen?

Beschäftigen Sie sich mit den Fragen, die für Sie jetzt wirklich wichtig sind. Nehmen Sie sich Zeit dafür und sprechen Sie mit vertrauten Menschen darüber und notieren Sie die wichtigsten Gedanken auf dem Beiblatt „Meine Wertvorstellungen“. Dieses Beiblatt ist als ergänzende Erläuterung Teil Ihrer Patientenverfügung. Es dient dazu, die Ernsthaftigkeit und Glaubwürdigkeit Ihrer Entscheidung zu unterstreichen und Ihre persönlichen Überlegungen zu verdeutlichen. Wenn Sie diese nicht ausführlich niederschreiben wollen, genügt es auch, einige der beispielhaft genannten Fragen schriftlich zu beantworten. Zumindest sollten Sie aber mit eigenen Worten möglichst handschriftlich zum Ausdruck bringen, dass Sie sich gründlich mit der Bedeutung einer Patientenverfügung befasst, den Inhalt der vorgeschlagenen Formulierung verstanden haben und dass die jeweils von Ihnen angekreuzten Aussagen Ihrem eigenen Willen entsprechen. Dann kann später Ihre Verfügung nicht mit der Behauptung angezweifelt werden, Sie hätten möglicherweise einen Vordruck unbesehen oder ohne genaue Vorstellung seiner inhaltlichen Bedeutung unterschrieben.

Sie haben dabei auch die Möglichkeit, sich grundsätzlich zur Frage der Wiederbelebung im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes zu äußern, wenn Sie das aufgrund Ihres Alters, Ihrer Lebenseinstellung oder Ihrer Krankheitssituation wünschen. Einzelheiten darüber sollten Sie mit einem Arzt besprechen. Das gilt insbesondere für den Fall schwerer Krankheit (siehe auch Formblatt „Ergänzung zur Patientenverfügung im Fall schwerer Krankheit“).

WICHTIG:

Es ist sehr empfehlenswert, eine Patientenverfügung mit Ihrem Hausarzt oder einem anderen Arzt Ihres Vertrauens zu besprechen.

Wenn Sie sich aber entschließen, Ihre Verfügung ohne solche Beratung niederzulegen, lesen Sie bitte den vorgeschlagenen Text sorgfältig durch. Beschäftigen Sie sich auch mit den medizinischen Erläuterungen hierzu.

Die vorgeschlagene Patientenverfügung soll Ihnen Anlass geben, sich mit den entsprechenden Fragen gründlich auseinander zu setzen.

Deshalb sind Ankreuzfelder für Ihre Entscheidungen vorgesehen.

Für den Fall, dass ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)
- Keine Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)

5. Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Ich wünsche eine Begleitung

durch _____

_____ (für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge _____

durch Hospizdienst _____

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigte(r)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Telefaxnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name	Vorname
------	---------

Telefonnummer	Telefaxnummer
---------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von*

Name, Vorname	Telefonnummer
---------------	---------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

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

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Verzeichnis der erteilten Vollmachten/Verfügungen

Aufbewahrungsort

Ich,

Vollmachtgeber/in: Eigener Name, Vorname

Geburtsdatum

habe nachfolgend aufgeführten Vollmachten und Verfügungen erteilt:

1. bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mail-Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

2. bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mail-Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Die bevollmächtigten Personen sind ist mit folgenden Vollmachten/Verfügungen ausgestattet:

1. bevollmächtigte Person

2. bevollmächtigte Person

Vorsorgevollmacht, ausgestellt am

Betreuungsverfügung, ausgestellt am

Patientenverfügung, ausgestellt am

Kontovollmacht für

Geldinstitut

Kontonummer

Ausstellungsdatum: 1. bevollmächtigte Person

2. bevollmächtigte Person

Geldinstitut

Kontonummer

Ausstellungsdatum: 1. bevollmächtigte Person

2. bevollmächtigte Person

Nachlassangelegenheiten

Mein Testament ist hinterlegt bei

Name, Vorname

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung/Wünsche zur Bestattung/Trauerfeier:

Meine letzte Ruhestätte habe ich ausgewählt/bereits erworben

Name des Friedhofes

Ort der Grabstätte

Straße

Postleitzahl und Ort

Ich habe eine Sterbeversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Folgende Personen (Verwandte/Bekannte) sollen informiert werden

Name

Verhältnis

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name

Verhältnis

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name

Verhältnis

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name

Verhältnis

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Mein Leben

Name	Geburtsname	Vorname
------	-------------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Eltern, Geschwister

Kindheit, Schul- und Jugendzeit

Heirat: Datum und Ort

Ehepartner: Name	Geburtsname	ggf. Sterbedatum
------------------	-------------	------------------

Kinder

Beruf erlernt, ausgeübt bis zum Ruhestand

Datum Eintritt in den Ruhestand

Lieblings-/Freizeitbeschäftigungen

Tätigkeit in Vereinen/sonstige ehrenamtliche Tätigkeiten

Durchgestandene schwere Krankheiten/Leiden/Schicksalsschläge

Was sollte zusätzlich noch besonders erwähnt werden

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen meist schwer, einen klaren Kopf zu behalten. Die nachfolgende Auflistung kann Ihnen helfen, die notwendigen Schritte einzuleiten.

Im Todesfall

Bestattung

- Todesbescheinigung vom Arzt ausstellen lassen
- Bestattungsunternehmen beauftragen
- Sterbeurkunde am Standesamt des Sterbeortes spätestens am 3. Werktag mehrfach beantragen
- Kirchengemeinde verständigen
- Beerdigungstermin festlegen
- Traueranzeige in Zeitung aufgeben
- Trauerkarten bestellen und versenden

Informieren

- Nächste Angehörige
- Arbeitgeber
- Krankenkasse
- Rentenversicherung/Pensionsstelle
- Lebens-/Sterbegeldversicherung
- Banken

Wohnung

- Mietwohnung/Garage kündigen
- Wohnungsauflösung vorbereiten
- Schlussablesungen für Strom, Heizung, Wasser veranlassen

Kündigen/Abmelden/Umschreiben

- Versicherungen
- Mitgliedschaften
- Abonnements
- Radio/Fernsehen...
- Telefon/Handy/Emailaccounts...
- Kfz

Viele der hier aufgelisteten Aufgaben können Sie auch einem Bestattungsinstitut übertragen. Dies ist möglicherweise mit Kosten verbunden.

1.Auflage (August 2015)

Impressum

Herausgeber

Landratsamt Deggendorf
Herrenstraße 18
94469 Deggendorf
Tel. 0991/3100-0
Email poststelle@lra-deg.bayern.de

Ansprechpartner

Sachgebiet 50 - Soziale Angelegenheiten
Tel. 0991/3100-315/281

Verteilung

Kostenlos im Landratsamt Deggendorf
sowie in den kreisangehörigen Städten,
Märkten und Gemeinden

Ebenso können Sie diese Broschüre auch
unter www.landkreis-deggendorf.de
Formular und Merkblätter > Buchstabe N > Notfallmappe
herunterladen.

Vorlage Vordrucke für Vorsorgevollmacht,
Betreuungsverfügung und Patientenverfügung aus
„Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“,
Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-57518-1).

