



# Vorsorge Mappe

*Sicherheit und Selbstbestimmung  
bei Krankheit und Behinderung*

## Impressum

Herausgeber: Kreissenorenrat Konstanz und Landratsamt Konstanz  
Benediktinerplatz 1, 78467 Konstanz

Redaktion: Kreissenorenrat: Rotraut Gruber, Dietlind Heilmann, Dr. Michael Hess,  
Peter Kirchhoff, Roland Scheffold  
Landratsamt: Axel Goßner

Die von uns gegebenen Hinweise und Textmuster wurden nach bestem Wissen erstellt bzw. wiedergegeben. Eine rechtsverbindliche Beratung durch Fachkräfte können sie nicht ersetzen. Eine Haftung für materielle oder ideelle Schäden auf Grund der gegebenen Informationen oder vorgeschlagenen Formulierungen ist daher ausgeschlossen.

## Sicherheit und Selbstbestimmung bei Krankheit und Behinderung durch Vorsorge

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Bürgerinnen und Bürger,

**ob jung oder alt**, jeden von uns kann es jeden Tag treffen: Ein schwerer Unfall, eine plötzliche Krankheit – andere müssen helfend einspringen.

Hinzu kommt für alle: Der Preis dafür, alt werden zu dürfen, ist häufig eine schwere körperliche oder geistige Beeinträchtigung.

Etwa 3000 an Demenz erkrankte Personen leben im Kreis Konstanz. Dazu kommen viele weitere Personen, die an schweren Hirnschädigungen z. B. nach Unfall oder an Hirnfunktionsstörungen nach Schlaganfall leiden. Vielen Betroffenen mangelt es an Entscheidungsfähigkeit. Sie benötigen die Hilfe anderer, um ihre Angelegenheiten zu regeln. Bevollmächtigte oder gesetzliche Betreuer müssen dann anstelle des Betroffenen wichtige Entscheidungen treffen.

**Sorgen Sie vor, dass Ihr Wille auch dann beachtet wird, wenn Sie infolge eines Unfalls, einer Erkrankung oder einer Behinderung zu einer Willensbildung vorübergehend oder andauernd nicht in der Lage sein sollten.**

**Sie können mit der vorliegenden Vorsorgemappe wichtige Informationen weitergeben, damit Ihnen bei Bedarf schnell und sachgerecht nach Ihren Vorstellungen geholfen wird.**

Nehmen Sie sich die Zeit zu überlegen, was für Sie wichtig ist, um die entsprechenden Daten auf den folgenden Blättern einzutragen. Sie bestimmen dadurch, was in einem Notfall geschehen soll. Die Blätter dieser Mappe können Sie nach Bedarf austauschen, korrigieren, aktualisieren etc. Sie haben auch die Möglichkeit, weitere Blätter, Formulare und Urkunden, die für Sie wichtig sind, einzufügen oder den Aufbewahrungsort wichtiger Papiere zu vermerken.

Gut vorgesorgt haben Sie, wenn Sie eine Vorsorgevollmacht, die in der Regel die gesetzliche Betreuung ersetzt, und eine Patientenverfügung haben. Die beigefügten Texte für eine Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung sind als Beispiele gedacht. Weitere Texte finden Sie im Internet.

*Wichtig:* Informieren Sie Ihre Angehörigen und/oder Ihre Vertrauensperson(en), wo Sie die Vorsorgemappe aufbewahren, damit diese in einem Notfall, bei Unfall, Krankheit oder Tod Zugriff darauf haben.


Sprechen Sie über solche Vorsorgemaßnahmen mit Ihren Angehörigen, mit Freunden, Nachbarn und Bekannten. Machen Sie auf diese Vorsorgemöglichkeit aufmerksam.

Die Vorsorgemappe ist kostenlos im Landratsamt, Büro für Bürgerengagement, erhältlich. Sie kann auch aus dem Internet heruntergeladen werden unter [www.kreissenorenrat-konstanz.de](http://www.kreissenorenrat-konstanz.de). Information und Beratung zur Vorsorgevollmacht erhalten Sie bei der Betreuungsbehörde des Landkreises, Scheffelstr. 15, 78315 Radolfzell, Tel. 07531/800-2622 sowie bei Betreuungsvereinen, Anwälten, Notaren oder Amts-/Betreuungsgerichten.

Mit dieser Vorsorgemappe möchten wir Sie ermuntern, für den Fall der eigenen Hilfsbedürftigkeit rechtzeitig vorzusorgen und zu bestimmen, wer Ihre Interessen im Ernstfall vertreten soll. Sie soll auch zum sozialen Engagement anderen Menschen gegenüber anregen.

## Inhalt

<b>Wichtige Daten</b>	
Persönliche Daten, wichtige Rufnummern	Seite 3
Schlüssel, Wohnung, im Notfall zu benachrichtigende Personen	4
<b>Gesundheit</b>	
Hausarzt, Krankheiten, Medikamente, Allergien, Krankenkasse(n)	5
<b>Vorsorgeregungen</b>	
Versicherungen, Bank-/Steuerunterlagen, Vorsorgeverfügungen	6
<b>Nachlassregelungen</b>	
Testament, Bestattungsvorgaben	7
<b>Todesfall</b>	8
<b>Vorsorgevollmacht</b>	9
<b>Patientenverfügung</b>	13

**Verwendete Symbole:**  hier kreuzen Sie Zutreffendes an  
 hier tragen Sie den Aufbewahrungsort ein  
 hier fügen Sie bei Bedarf eine Seite ein

Füllen Sie die nachfolgende Notfallkarte aus. Schneiden Sie die Karte dann aus.  
 Falten Sie sie an der Mittellinie, so dass die beschrifteten Seiten außen sind.  
 Haben Sie die Karte in Ihrer Geldbörse oder Brieftasche immer bei sich.

<p><b>Notfallkarte für:</b></p> <p>_____</p> <p>Name</p> <p>_____</p> <p>Anschrift</p> <p><b>Im Notfall bitte beachten:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin <b>Marcumar</b>-Patient Ziel-INR: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin <b>Diabetiker</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin <b>Allergiker:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p><b>Im Notfall bitte benachrichtigen:</b></p> <p>_____</p> <p>Name</p> <p>_____</p> <p>Telefon _____ Handy _____</p> <p><b>Ich habe folgende Vorsorgemaßnahmen getroffen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vorsorgemappe mit wichtigen Informationen</p> <p><input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht</p> <p><input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p> <p>Die oben genannte Person ist darüber informiert und kennt den/die Aufbewahrungsort(e)</p>
--	---

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Pass-/Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_


Behindertenausweis:  ja  nein ☞ Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Organspenderausweis:  ja  nein ☞ Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## Wichtige Rufnummern

- örtliches Polizeirevier/Polizeiposten  \_\_\_\_\_
- Polizei-Notruf  110
- Feuerwehr  112
- Rettungsdienst/Notarzt  112


● Hausarzt \_\_\_\_\_ 

● Apotheke \_\_\_\_\_ 

● Sozialstation \_\_\_\_\_ 

● Pfarramt \_\_\_\_\_ 

● Stadt- / Gemeindeverwaltung 

● Wichtige Angehörige / Bezugspersonen:  
\_\_\_\_\_ 

\_\_\_\_\_ 

● Vertraute/r Nachbar/in:  
\_\_\_\_\_ 

● Bevollmächtigte(r):  
\_\_\_\_\_ 

● Gesetzliche(r) Betreuer/in:  
\_\_\_\_\_ 

## Schlüssel

Hausschlüssel       Wohnungsschlüssel       \_\_\_\_\_

Die angekreuzten Schlüssel sind hinterlegt bei

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Ich wohne

in meiner eigenen Wohnung / meinem eigenen Haus

in einer Mietwohnung. Der Vermieter ist:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Im Notfall bitte benachrichtigen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

oder

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

☞ Weitere Angehörige oder Freunde, die im Falle einer ernsthaften Erkrankung oder eines Unfalls benachrichtigt werden sollen, sind auf dem folgenden Beiblatt notiert.

## Mein Hausarzt ist

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachärzte, bei denen ich in regelmäßiger Behandlung bin, sind auf einem Beiblatt notiert.

Ich habe folgende wesentliche chronische Krankheiten:

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente:

(Blutgerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar) oder Insulin bitte besonders kennzeichnen)

Name des Medikaments	Dosis	Einnahmezeit

● Ich bin von der Rezeptzuzahlung befreit:  nein  ja  privat versichert

Ich leide unter folgenden Allergien / Unverträglichkeiten von Medikamenten:

➔ Aufbewahrungsort des Allergiepasses: \_\_\_\_\_

## Krankenversicherung

gesetzlich  privat

Name der Kasse: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Karten und Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

➔ Aufbewahrungsort der Versicherungskarte: \_\_\_\_\_

● Ich bin von Zuzahlungen befreit:  nein  ja

weitere Kranken(zusatz)versicherungen, Beihilfestellen etc. sind auf einem Beiblatt notiert.

## Sonstige Versicherungen

➔ Aufbewahrungsort meiner Renten- / Pensionsunterlagen und der folgenden angekreuzten Versicherungen : \_\_\_\_\_

Feuer- / Gebäude-Vers.

Glas-Vers.

Hausrat-Vers.

KFZ-Vers.

Kranken-Vers.

Lebens-Vers.

Privathaftpflicht-Vers.

Sterbegeld-Vers.

Unfall-Vers.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bankunterlagen / Steuerunterlagen

➔ Aufbewahrungsort meiner Bankunterlagen / Steuerunterlagen:

\_\_\_\_\_

## Vorsorgeverfügungen

Ich habe die folgend angekreuzten Vorsorgeverfügungen getroffen:

**Bankvollmacht**

an: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

➔ Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

**Vorsorgevollmacht** (Hinweise zur Abfassung und Muster finden Sie auf Seite 9)

an: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

➔ Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung** (Hinweise zur Abfassung und Muster finden Sie auf Seite 13)

➔ Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Registrierung

Meine Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung ist / sind im Vorsorgeregister der Bundesanwaltskammer ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)) registriert.

## Nachlassregelungen

Ich habe meine Nachlassverfügung wie folgt getroffen:

- handschriftliches Testament
- notarielles Testament
- Erbvertrag

Name und Anschrift des Notars, bei dem Testament oder Erbvertrag erstellt wurden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Kenntnis vom Bestehen meiner Nachlassverfügung hat:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

- ☉ Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

## Bestattungsvorgaben und –wünsche

- Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen:  nein  ja

- ☉ Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Bestattungsinstitut

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich wünsche folgende Art der Bestattung:

- Erdbestattung  Feuerbestattung  Anonyme Bestattung
- Bestattung in einem Friedwald  \_\_\_\_\_

- Eine Grabstätte ist vorhanden

Friedhof: \_\_\_\_\_ Grabnummer: \_\_\_\_\_


- Ich wünsche eine Bestattung auf folgendem Friedhof: \_\_\_\_\_

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

- Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunde.

- Ich wünsche eine normal übliche Bestattung.

- Ich wünsche \_\_\_\_\_

 Alle Verwandten, Freunde und Bekannte, die eine Anzeige erhalten sollen, sind auf einem Beiblatt aufgeführt.

## Was ist nach einem Todesfall zu tun?

	<i>Telefon/Notizen</i>	<i>erledigt</i>
<b><u>1. Bestattung</u></b>		
1.1 Todesbescheinigung vom Arzt oder Krankenhaus	_____	<input type="checkbox"/>
1.2 Bestattungsunternehmer beauftragen	_____	<input type="checkbox"/>
1.3 Beerdigungstermin festlegen	_____	<input type="checkbox"/>
1.4 Kirchengemeinde verständigen	_____	<input type="checkbox"/>
1.5 Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach beantragen)	_____	<input type="checkbox"/>
1.6 Traueranzeigen in Zeitung(en) in Auftrag geben	_____	<input type="checkbox"/>
1.7 Trauerkarten bestellen und versenden	_____	<input type="checkbox"/>
<b><u>2. Behörden</u></b>		
2.1 Arbeitgeber informieren	_____	<input type="checkbox"/>
2.2 Krankenkasse(n) informieren	_____	<input type="checkbox"/>
2.3 Rentenversicherung / Pensionsstelle informieren	_____	<input type="checkbox"/>
2.4 Finanzamt verständigen	_____	<input type="checkbox"/>
2.5 Testament eröffnen lassen, Erbschein beantragen	_____	<input type="checkbox"/>
<b><u>3. Versicherungen</u></b>		
3.1 Lebens- / Sterbegeldversicherung informieren	_____	<input type="checkbox"/>
3.2 Gewerkschaft informieren (Sterbegeldversicherung?)	_____	<input type="checkbox"/>
_____		
3.3 Versicherungen kündigen	_____	<input type="checkbox"/>
<b><u>4. Geldangelegenheiten</u></b>		
4.1 Bank(en) informieren	_____	<input type="checkbox"/>
4.2 ggf. Daueraufträge aussetzen lassen	_____	<input type="checkbox"/>
<b><u>5. Mitgliedschaften</u></b>		
5.1 Vereinsmitgliedschaften kündigen	_____	<input type="checkbox"/>
_____		
_____		
_____		
5.2 Parteimitgliedschaft kündigen _____	_____	<input type="checkbox"/>
<b><u>6. Wohnung</u></b>		
6.1 Mietwohnung, Garage u.a. kündigen	_____	<input type="checkbox"/>
6.2 Radio/TV abmelden bzw. umschreiben	_____	<input type="checkbox"/>
6.3 Telefon/Handy abmelden bzw. umschreiben	_____	<input type="checkbox"/>
6.4 Abonnements (Zeitungen/Zeitschriften) kündigen	_____	<input type="checkbox"/>
_____		
6.5 Wohnungsauflösung vorbereiten (evtl. entrümpeln)	_____	<input type="checkbox"/>
6.6 Schlussablesungen Strom, Gas, Wasser, Heizung	_____	<input type="checkbox"/>
➔ Aufbewahrungsort der Unterlagen: _____		
<b><u>7. Sonstiges</u></b>		
7.1 Kraftfahrzeug abmelden bzw. umschreiben	_____	<input type="checkbox"/>
7.2 _____	_____	<input type="checkbox"/>
7.3 _____	_____	<input type="checkbox"/>

## Vorsorgevollmacht

In **jedem** Alter kann es vorkommen, dass Sie durch einen Unfall, eine Erkrankung, durch einen Schlaganfall oder Demenz nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen oder diese verständlich zu äußern.

Mit einer Vorsorgevollmacht sorgen Sie für eine solche Situation vor, indem Sie festlegen, wer in solch einem Fall für Sie Entscheidungen treffen darf.

- Sie benennen eine oder mehrere Personen als Bevollmächtigte.
- Sie können viele Einzelheiten bezüglich Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Vermögenssorge, Gesundheitsvorsorge, Vertretung vor Gericht und vieles andere festlegen.
- Eine Vorsorgevollmacht kann in den meisten Fällen eine gesetzliche Betreuung ersetzen und somit die Bestellung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht überflüssig machen.
- Den Vordruck einer Vorsorgevollmacht finden Sie auf den folgenden Seiten.

Bitte beachten Sie:

- Weder Ihr Ehe- / Lebenspartner, noch Ihre Kinder oder andere Verwandte können Sie ohne Vollmacht wirksam vertreten.
- Sie sollten sich vor Abfassung mit Familienangehörigen und Vertrauenspersonen beraten.
- Füllen Sie das Formular nach Möglichkeit im Beisein der von Ihnen ausgesuchten Person(en) aus, damit Sie mit der/dem Bevollmächtigten einzelne Punkte besprechen und Unklarheiten beseitigen können.
- Sie können sich von der Betreuungsbehörde des Landratsamtes, Scheffelstr. 15, 78315 Radolfzell, Tel. 07531/800-2622 und den anerkannten Betreuungsvereinen im Landkreis (z.B. AWO, Caritas Verband, Betreuungsverein Bodensee-Hegau) in allen Fragen der Vorsorgevollmacht informieren und beraten lassen.
- Sie können die Vollmacht von der Betreuungsbehörde (bitte telefonisch einen Termin vereinbaren) oder einem Notar beglaubigen lassen. So stellen sie sicher, dass Ihre Vollmacht immer anerkannt wird.
- **Wichtig:** Banken erkennen oft nur eine notariell beglaubigte Vollmacht an. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten können Sie aber auch 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 keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften.) Können Sie Ihre Bank / Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank / Sparkasse sicher eine Lösung finden.
- Für Immobiliengeschäfte, die Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist die Inanspruchnahme eines Notars erforderlich.

Weitere Informationen zur Vorsorgevollmacht bietet das  
Bundesministerium für Justiz an – im Internet unter [www.bmj.de](http://www.bmj.de)

**Vollmacht**

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Anschrift

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

erteile hiermit Vollmacht an

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Anschrift

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

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.

Durch diese Vollmachterteilung 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 Vollmachturkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes die Urkunde im Original vorlegen kann.

### 1. 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.  Ja  NEIN
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs.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.  Ja  Nein

Fortsetzung Seite 2

- 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.  Ja  Nein

■ \_\_\_\_\_

■ \_\_\_\_\_

## 2. 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.  Ja  Nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.  Ja  Nein
- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.  Ja  Nein

■ \_\_\_\_\_

## 3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten und Sozialleistungsträgern vertreten.  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 und zurücknehmen.  Ja  Nein
- Sie darf namentlich über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,  Ja  Nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,  Ja  Nein
- Verbindlichkeiten eingehen,  Ja  Nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch die Hinweise auf Seite 9).  Ja  Nein
- Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer / einer Betreuerin rechtlich gestattet ist.  Ja  Nein

■ \_\_\_\_\_

- Folgende Geschäfte soll meine Betreuungsperson NICHT wahrnehmen können:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen.  Ja  Nein
- Sie darf über den Fernmeldeverkehr entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.  Ja  Nein



## Patientenverfügung

Seit September 2009 hat die Patientenverfügung eine rechtliche Grundlage.

- In einer Patientenverfügung können Sie festlegen, was medizinisch unternommen werden soll, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können.
- Jeder, der eine Patientenverfügung erstellt, sollte sich bewusst sein, dass er sich bei der Niederlegung eigener Behandlungswünsche mit Fragen auseinandersetzen muss, die sich im Zusammenhang mit Krankheit, Leiden und Tod stellen.  
Eine Patientenverfügung ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts bei voller Selbstverantwortung für die Folgen der Umsetzung der eigenen Behandlungswünsche.
- Werden in der Patientenverfügung Festlegungen zum Ob und Wie ärztlicher Behandlungen getroffen, sollte bedacht werden, dass es Grenzsituationen des Lebens gibt, in denen Voraussagen über das Ergebnis oder mögliche Folgeschäden im Einzelfall kaum möglich sind.
- Am Ende einer solchen persönlichen Willensbildung kann sowohl die Entscheidung stehen, eine Patientenverfügung zu erstellen, als auch die Entscheidung, keine Vorsorge treffen zu wollen.
- Eine Patientenverfügung muss nicht alle möglichen Situationen umfassen, sie kann auch nur einen oder wenige ausgewählte für Sie wichtige Aspekte enthalten.
- Sie sollten sich über den Regelungsumfang und die Art der Regelungen, die Sie treffen wollen, gegebenenfalls mit einer Ärztin / einem Arzt oder einer / einem sonstigen Vertrauten beraten.
- Weil es bei einer Patientenverfügung eine Vielzahl von Regelungsalternativen gibt, die Sie individuell für sich entscheiden müssen, kann es kein für alle Menschen geltendes einheitliches Formular geben.
- Der nachfolgende Vordruck einer Patientenverfügung in Kurzfassung ist daher nur ein Beispiel, das einige Formulierungsmöglichkeiten aufzeigt und in die Fragestellungen einer Patientenverfügung einführt.
- Der Kreisseniorerrat empfiehlt auf Grund der obigen Darlegungen, bei der Abfassung einer Patientenverfügung Textbausteine zu verwenden, wie sie u.a. das Bundesjustizministerium anbietet.

Weitere Informationen und eine ausführlichen Sammlung von Textbausteinen mit umfangreichen Erläuterungen bietet eine Broschüre des Bundesministeriums für Justiz.

Sie können die Broschüre „Patientenverfügung“ anfordern beim Publikationsversand der Bundesregierung, Tel. 01805-778090.

Im Internet unter **[www.bmj.de](http://www.bmj.de)**.

# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:  
(Zutreffendes habe ich in den folgenden Abschnitten angekreuzt bzw. auf einem Beiblatt niedergeschrieben.)

## 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 Ziff. 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, Atemnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.  
Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

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

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

## 4. In den von mir unter Ziff. 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).
- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen

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

Ich wünsche eine Begleitung durch

- Seelsorge \_\_\_\_\_
- Hospiz-Dienst \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
(persönliche Wünsche und Anmerkungen)

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

Bevollmächtigte/r: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, meiner Bereitschaft zur Organspende (Organspenderausweis), 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

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

(Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.)

Name : \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Beraterin / des Beraters

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle zwei Jahre) durch Ihre eigene Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist außerdem dann sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt, wobei Sie auch überlegen sollten, diese Kurzform durch eine mit Hilfe von Textbausteinen (vgl. die Hinweise auf Blatt 13) ganz auf Ihre eigenen Wünsche konzentrierte Patientenverfügung zu ersetzen.

Erneute Unterschriften: