NOTFALLMAPPE

Name

Vorname

Geburtsdatum

Landkreis
Deggendorf

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

Vorsorge gibt einem ein Gefühl von Sicherheit.

Unfälle und Krankheiten sind nicht vorhersehbar und können in jedem Alter plötzlich eintreten. Daher ist es gut die wichtigsten Informationen gleich zur Hand zu haben. 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 nicht zum Einsatz kommen muss.

Mit den besten Grüßen,
Ihr Landrat



Bernd Sibler

Notfallnummern

Notruf, Feuerwehr, Rettungsdienst	112
Polizeinotruf	110
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116117
Giftnotruf – Zentrale Bayern	089/19420
Donau-Isar-Klinikum Deggendorf	0991/3800
Apothekennotdienst	0800/0022833
Polizeiinspektion Deggendorf	0991/38960
Polizeiinspektion Plattling	09931/91640
EC-Kartensperrung	116116
Frauennotruf	0991/382460

Checklisten für den Ernstfall

Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung der Anfahrtswege und der Zugangsmöglichkeiten angeben.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung, Außenbeleuchtung).
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, Gegenstände wegräumen).
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, …).
- Falls notwendig, Pflegedienst benachrichtigen.
- Ins Krankenhaus mitnehmen:
  - Ärztl. Transport- und Krankenhauseinweisung
  - Krankenversicherungskarte
  - Personalausweis
  - etwas Bargeld (nur geringer Betrag)
  - evtl. Hausschlüssel
  - ggf. Verzeichnis der erteilten Vollmachten & Verfügungen
  - Anschriften & Telefonnummern von Angehörigen
  - einzunehmende Medikamente und Medikamentenplan
  - ggf. Hilfsmittel (Brille, Prothese, Gehilfe)
  - Toilettenartikel
  - Kleidung

Todesfall

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.

- Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt/die Hausärztin wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen. Bei Nichterreichbarkeit des Hausarztes/ der Hausärztin den ärztlichen Bereitschaftsdienst 116117 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
- Die nächsten Angehörigen benachrichtigen.
- Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
- Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalls beim Standesamt Ihrer Gemeinde oder Standesamt des Sterbeortes beantragen. Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
    - Personalausweis und/oder Reisepass der verstorbenen Person
    - Todesbescheinigung
    - Geburtsurkunde der verstorbenen Person
    - Ggf. Eheurkunde oder Familienstammbaum
    - Ggf. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet
    - Rentenbescheide der verstorbenen Person
    - Krankenversicherungskarte
- Beisetzungstermin mit Gemeinde-/Stadtverwaltung abklären, danach ggf. mit Kirchengemeinde.
- Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab-
- Nach der Beurkundung des Sterbefalls wird von der Gemeinde-/Stadtverwaltung
    - der Tag der Beisetzung bestätigt.
    - die Lage des Grabes festgelegt.
    - vorab der Träger der Rentenversicherung informiert.
- Todesanzeige bei den Tageszeitungen aufgeben.
- Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden (Sterbeurkunde beilegen).
- Mitteilung an die Bank über Todesfall (Sterbeurkunde beilegen).
- Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen einschließlich Versorgungs- und Rententrägern, bei welchen für die verstorbene Person Verträge bestanden haben (Sterbeurkunde beilegen).
- Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ, …) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge.
- Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand.
- Witwen-/Witwerrente bei Gemeinde/Stadtverwaltung beantragen.

Inhaltsverzeichnis

Notfallnummern 1
Checklisten für den Ernstfall 1
Inhaltsverzeichnis 3
Hinweise 4
Persönliche Notizen & Anmerkungen 4
Persönliche Daten 5
Medizinische Daten 5
Notfallkontakte 6
Vorsorgeverzeichnis 7
Medizinische Kontakte 8
Versicherungen 10
Finanzen 13
Vertragspartner 15
Laufende Verträge 16
Nachlassangelegenheiten 18
Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung & Patientenverfügung 19
  Vorsorgevollmacht 20
  Betreuungsverfügung 30
  Patientenverfügung 33
Notizen 50
Hinweiskärtchen Vorsorgedokumente 51

Hinweise

Wir empfehlen Ihnen, neben dieser Mappe einen Ordner mit persönlichen Unterlagen und Dokumenten anzulegen.
Dort sind gut aufgehoben:

- Geburtsurkunde(n)
- Heirats-/Partnerschaftsurkunden
- Sterbeurkunden
- Taufschein
- Testament (oder sicher am Amtsgericht hinterlegt)
- Vorsorgevollmacht
- Unterlagen Haus- und Grundbesitz
- Unterlagen zu Versicherungen und Renteneinkünften
- Unterlagen zur Krankengeschichte
- Unterlagen zu Verträgen, usw.

Bitte bewahren Sie Vermögens- und Wertgegenstände, aber auch Geheimnummern und Zugangscodes vor Diebstahl sicher auf!
Ein Bankschließfach ist eine prima Idee, Sie sollten dann aber sicherstellen, dass eine Person Ihres Vertrauens dieses auch öffnen kann, wenn Sie dazu nicht mehr in der Lage sind.

Persönliche Notizen & Anmerkungen

Persönliche Daten

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Medizinische Daten

(Auszufüllen am besten mit Hilfe des Hausarztes/der Hausärztin)

Blutgruppe

Allergien

Vorerkrankungen

Sonstige Risikofaktoren

Medikation

Morgens (Name & Dosierung)

Mittags (Name & Dosierung)

Abends (Name & Dosierung)

Notfallkontakte

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Verwandtschaft, Beziehung
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Verwandtschaft, Beziehung
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Verwandtschaft, Beziehung
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Vorsorgeverzeichnis

Vorsorgevollmacht vom _____

Name der bevollmächtigten Person	Vorname
Geburtsdatum	Aufbewahrungsort der Vollmacht
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer

Betreuungsverfügung vom _____

Name der Vertrauensperson	Vorname
Geburtsdatum	Aufbewahrungsort der Verfügung
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer

Patientenverfügung vom _____

Aufbewahrungsort: _____

☐ Ich habe bisher keine Patientenverfügung erteilt.

Medizinische Kontakte

Hausarzt/Hausärztin

Name der Praxis

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefonnummer

Facharzt/Fachärztin

Name der Praxis | Fachgebiet

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefonnummer

Facharzt/Fachärztin

Name der Praxis | Fachgebiet

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefonnummer

Facharzt/Fachärztin

Name der Praxis | Fachgebiet

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefonnummer

Krankenversicherung

Name der Krankenkasse	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Aufbewahrungsort der Versicherungskarte

Zusatzversicherung/Beihilfe

Name der Versicherung/Beihilfestelle	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes	Ansprechpartner/in
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Versicherungen

Gesetzliche Pflegeversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Private Pflegeversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Unfallversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Lebensversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Hausratversicherung/Gebäudeversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Brandschutzversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Rechtsschutzversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Kfz-Versicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Bestattungsvorsorge/Sterbeversicherung

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Sonstige: _____

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Sonstige: _____

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Finanzen

Bank/Kreditinstitut

Name der Bank/des Kreditinstituts	Konto-/Kundennummer
Anlage-/Kontoart	Ansprechpartner/in
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Weitere Verfügungsberechtigte/Bevollmächtigte

Bank/Kreditinstitut

Name der Bank/des Kreditinstituts	Konto-/Kundennummer
Anlage-/Kontoart	Ansprechpartner/in
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Weitere Verfügungsberechtigte/Bevollmächtigte

Bank/Kreditinstitut

Name der Bank/des Kreditinstituts	Konto-/Kundennummer
Anlage-/Kontoart	Ansprechpartner/in
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Weitere Verfügungsberechtigte/Bevollmächtigte

Bank/Kreditinstitut

Name der Bank/des Kreditinstituts	Konto-/Kundennummer
Anlage-/Kontoart	Ansprechpartner/in
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Weitere Verfügungsberechtigte/Bevollmächtigte

Bank/Kreditinstitut

Name der Bank/des Kreditinstituts	Konto-/Kundennummer
Anlage-/Kontoart	Ansprechpartner/in
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Weitere Verfügungsberechtigte/Bevollmächtigte

Einnahmen

Art der Einnahme	Vertragspartner	Höhe der Einnahme

Sonstiges Eigentum/Vermögen

Vertragspartner

Arbeitgeber 1

Firma	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Arbeitgeber 2

Firma	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Vermieter/in

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Laufende Verträge

(Beispielsweise Darlehen, Leasing, Raten, Telefon-/Internet, Mobilfunk, Strom, Gas, Wasser, Abonnements, Mitgliedschaften, Vereine)

Vertragsart: _____

Vertragspartner/in	Vertrags-/Kundennummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Vertragsart: _____

Vertragspartner/in	Vertrags-/Kundennummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Vertragsart: _____

Vertragspartner	Vertrags-/Kundennummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Vertragsart: _____

Vertragspartner/in	Vertrags-/Kundennummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Vertragsart: _____

Vertragspartner/in	Vertrags-/Kundennummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Vertragsart: _____

Vertragspartner	Vertrags-/Kundennummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Vertragsart: _____

Vertragspartner	Vertrags-/Kundennummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

Nachlassangelegenheiten

Testament

☐ Ich habe ein Testament erstellt:

Testament vom _____

Aufbewahrungsort: _____

☐ Ich habe bisher kein Testament erstellt.

Bestattungsvorsorge

☐ Meine letzte Ruhestätte habe ich ausgewählt/bereits erworben:

Name des Friedhofs	Ort der Grabstätte
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

☐ Ich habe eine Sterbeversicherung:

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	

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

Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung & Patientenverfügung

„Ein Testament zu machen, bedeutet zu Lebzeiten zu regeln, was nach dem Tod mit meinem Nachlass geschehen soll. Aber wie regle ich, was zu Lebzeiten mit mir geschehen soll? Wer kümmert sich um mich, wenn ich mich nicht mehr alleine kümmern kann? Wenn ich alt bin, wenn ich einen Unfall habe, wenn ich krank werde?“

Der Gesetzgeber hat mit der Möglichkeit der Errichtung einer Betreuung dafür gesorgt, dass sich im Falle des Falles immer jemand um Sie kümmern wird. Das Gesetz gibt Ihnen allerdings auch die Möglichkeit selbst zu bestimmen, was in diesen Fällen geschehen soll, indem Sie eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung und eine Patientenverfügung erstellen.

Mit Hilfe dieser Instrumente können Sie selbst vorsorgen und bestimmen, wer sich um Sie kümmern soll und wie Sie versorgt werden wollen. Nachfolgend stellen wir Ihnen die entsprechenden Vordrucke zur Verfügung.

Es wird empfohlen, die Vorsorgedokumente an einem für die bevollmächtigte Person bekannten und im Ernstfall zugänglichen Ort aufzubewahren. So ist sichergestellt, dass die Dokumente bei Bedarf im Original vorgelegt werden können.

Lesen Sie sich vor der Erstellung Ihrer Vorsorgedokumente die nachstehenden Hinweise gut durch. Für weitere Hinweise empfehlen wir Ihnen darüber hinaus folgende Broschüren der Justizministerien des Bundes und des Landes Bayern:

- Broschüre „Betreuungsrecht“ (Bundesjustizministerium)
- Broschüre „Patientenverfügung“ (Bundesjustizministerium)
- Broschüre „Unfall, Krankheit, Alter“ (Bayerisches Justizministerium)
- Broschüre „Vorsorgeberater“ (Bayerisches Justizministerium)

Gerne berät Sie auch Ihre örtliche Betreuungsstelle zum Thema Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung:

Betreuungsstelle am Landratsamt Deggendorf
Pater-Fink-Str. 8
94469 Deggendorf
Telefon: 0991/3100-306

Das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihre Vorsorgevollmacht gegen eine geringe Gebühr zu registrieren. Haben Sie zusammen mit der Vollmacht auch eine Betreuungsverfügung oder eine Patientenverfügung verfasst, können Sie dies in der Registrierung mit angeben.

Unter www.Vorsorgeregister.de erhalten Sie hierzu weitere Informationen.

Bitte beachten Sie, dass die Registrierung einer Vorsorgevollmacht nicht die Erstellung einer solchen ersetzt!

Für Ihren Geldbeutel stellen wir Ihnen auf der letzten Seite dieser Mappe ein Hinweiskärtchen zur Verfügung.

Vorsorgevollmacht

Unfall, Krankheit oder Alter können dazu führen, dass Sie wichtige Angelegenheiten des alltäglichen Lebens vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr selbst erledigen können. Deshalb sollten Sie sich die Frage stellen, wer in diesem Fall stellvertretend Entscheidungen für Sie treffen und Ihre Wünsche und Vorstellungen durchsetzen soll.

Leider ist der Irrglaube weit verbreitet, die nächsten Angehörigen dürften sich in solchen Fällen automatisch um alles kümmern. Dies ist jedoch nicht der Fall. Ohne entsprechende Vollmacht sind auch sie nicht automatisch handlungsfähig.
Seit dem 01.01.2023 gilt zwar das sogenannte Ehegattenvertretungsrecht, dieses bezieht sich allerdings ausschließlich auf Rechtsgeschäfte, die in direktem Zusammenhang mit einer Akuterkrankung stehen (Gesundheitsentscheidungen, Anträge bei der Krankenversicherung etc.). Zudem gilt dieses Ehegattenvertretungsrecht nur für maximal 6 Monate. Das Ehegattenvertretungsrecht ist daher nur ein Notnagel und ersetzt nicht die Vorsorge durch eine Vollmacht.
Aus diesem Grund empfiehlt es sich, eine Vorsorgevollmacht zu erstellen, damit Ihre Vertrauensperson(en) handlungsfähig ist/sind, wenn Sie es nicht mehr sein sollten.

Vor der Erstellung Ihrer Vorsorgevollmacht erhalten Sie hier noch einige wertvolle Hinweise:

- Bevollmächtigen Sie nur Personen, denen sie vorbehaltlos vertrauen. Anders als bei einer gerichtlich errichteten Betreuung unterliegen Bevollmächtigte keiner gerichtlichen Überwachung und Kontrolle.
- Erteilen Sie die Vollmacht zur Sicherheit so, dass sie nur dann wirksam ist, wenn sie im Original vorgelegt werden kann. Bewahren Sie die Vollmacht an einem Ort auf, den die bevollmächtigte Person kenn und wo sie im Ernstfall Zugriff darauf hat.
- Unser Vordruck bietet die Möglichkeit, bis zu zwei Personen zu bevollmächtigen. Prinzipiell können natürlich auch mehr als zwei Personen bevollmächtigt werden. Bedenken Sie allerdings, dass die Bevollmächtigung zu vieler Personen in der Praxis zu Schwierigkeiten führen kann.
- Sollten Sie zwei oder mehrere Personen bevollmächtigen, regeln Sie unbedingt eindeutig die Zuständigkeit bzw. Vertretung. Regeln Sie, ob die Personen nur gemeinsam vertretungsberechtigt oder allein vertretungsberechtigt sein sollen oder ob eine Person Ersatzbevollmächtigte Person sein soll.
  Sind die bevollmächtigten Personen nur gemeinsam vertretungsberechtigt bedarf es zu einer wirksamen Entscheidung immer die Unterschriften beider Personen. Bedenken Sie, dass dies ggf. erhebliche Verzögerungen bedeuten kann. Sollte außerdem eine Person an der Ausübung der Vollmacht gehindert oder bereits verstorben sein, kann dies zu einer Handlungsunfähigkeit der anderen Person führen. Auch Uneinigkeit kann dazu führen, dass die Vollmacht nicht ausgeübt werden kann und eine Betreuung notwendig wird.
  Sind die bevollmächtigten Personen allein vertretungsberechtigt, reicht die Unterschrift einer Person für eine wirksame Entscheidung aus. Die Person die beispielweise für das Krankenhaus am besten/schnellsten erreichbar ist, kann dann alleine für Sie handeln.
- Werden zwei oder mehre Personen bevollmächtigt kann es sinnvoll sein, die entsprechende Anzahl an Originalvollmachten zu erstellen, sodass jede bevollmächtigte Person die Vollmacht im Original vorlegen kann.
- Beim Ausfüllen der Vordrucke ist es wichtig, jeden Punkt mit ja oder nein anzukreuzen, Unzutreffendes und nichtgenutzte Leerzeilen ggf. zu streichen. So kann eine unbefugte nachträgliche Änderung und Manipulation der Vollmacht erschwert bzw. verhindert werden.
- Für die Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht ist zunächst nur die Unterschrift der vollmachtgebenden Person relevant. Die Unterschrift der bevollmächtigten Person ist für die Wirksamkeit der Vollmacht unerheblich. Mit ihrer Unterschrift bestätigt die bevollmächtigte Person lediglich, dass sie von der Vollmacht Kenntnis hat und diese annimmt.
- Wichtig für die Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht ist, dass die vollmachtgebende Person zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung geschäftsfähig ist. Die Unterschrift eines Arztes/einer Ärztin zur

Bestätigung der Geschäftsfähigkeit ist für die Wirksamkeit jedoch nicht zwangsläufig notwendig. Sie kann jedoch Zweifel an der Geschäftsfähigkeit (vor allem bei einer Vollmachtserteilung im Alter) ausräumen.

- Solange Sie geschäftsfähig sind, können Sie eine erteilte Vollmacht jederzeit widerrufen. Denken Sie in diesem Fall daran, sämtliche Originale zurückzufordern und zu vernichten, um Missbrauch zu verhindern.
- Leider kommt es in der Praxis häufig vor, dass Banken Vorsorgevollmachten nicht anerkennen, obwohl diese wirksam erteilt wurden. Viele Banken verweisen auf ihre eigenen Formulare für Bank- bzw. Kontovollmachten. Bedenken Sie jedoch, dass diese Vollmachten keinen Vorsorgecharakter haben und die bevollmächtigte Person damit jederzeit vertretungsberechtigt ist. Mit einer reinen Bankvollmacht kann die bevollmächtigte Person außerdem nicht die gesamte Vermögenssorge ausüben.

Sie können Ihre Vorsorgevollmacht notariell Beurkunden oder die Unterschrift öffentlich beglaubigen lassen. Für die Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht ist die notarielle Beurkundung oder öffentliche Beglaubigung zunächst nicht notwendig.
Für einige wenige Rechtsgeschäfte ist jedoch die notarielle Beurkundung oder öffentliche Beglaubigung der Vorsorgevollmacht notwendig.

Die öffentliche Beglaubigung der Unterschrift auf der Vorsorgevollmacht ist notwendig für:

- Grundstücksgeschäfte gegenüber dem Grundbuchamt
- Erklärungen gegenüber dem Handelsregister
- Erbausschlagung
- Beantragung eines Reisepasses oder Personalausweises

Eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht ist notwendig für:

- Aufnahme eines Verbraucherdarlehens
- Betreiben von Handelsgewerbe
- Führung einer Personenhandelsgesellschaft oder GmbH als Gesellschafter/in

Eine öffentliche Beglaubigung kann durch die Betreuungsstelle gegen eine Gebühr von 10,00 € durchgeführt werden. Vereinbaren Sie hierzu gerne einen Termin.
Für die notarielle Beurkundung wenden Sie sich bitte an einen Notar/eine Notarin. Die Gebühren hierfür richten sich nach der Gebührenverordnung

Vorsorgevollmacht

Ich, (Vollmachtgeber/in)

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person A)

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

und

(bevollmächtigte Person B)

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Vertretungsregelung, Innen-/Außenverhältnis, Rechtliche Hinweise[1]

Vertretungsregelung

Die bevollmächtigten Personen A und B sind

☐ jeweils allein vertretungsberechtigt.

oder

☐ nur gemeinsam vertretungsberechtigt.

oder

☐ Person B ist Ersatzbevollmächtigte/r für Person A. Sie soll erst tätig werden, wenn Person A tatsächlich am rechtlichen Handeln gehindert ist oder die Ausübung der Vollmacht niederlegt.

Außenverhältnis

Die Vollmacht gilt im Außenverhältnis unbeschränkt.

Innenverhältnis

Beginn der Vertretung

Die bevollmächtigte Person wird angewiesen, von dieser Vollmacht nur Gebrauch zu machen, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen und zu regeln, insbesondere im Fall meiner Geschäftsunfähigkeit. ☐ ja ☐ nein

Haftung

Die grundsätzlich auch leichte Fahrlässigkeit umfassende Haftung der bevollmächtigten Person für Fehler insbesondere bei der Vermögensverwaltung soll beschränkt sein. ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, dann wie folgt(nur eine Variante mit „ja“ ankreuzen):

☐ Die Haftung der bevollmächtigten Person beschränkt sich auf Vorsatz.

oder

☐ Die Haftung der bevollmächtigten Person beschränkt sich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

Rechtliche Hinweise

- Die genannte(n) Vertrauensperson(en) wird/werden 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.
- Die Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden.
- Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, die Ausübung der Vollmacht niederzulegen.

[1] Erklärungen siehe Beiblatt „Erklärungen zu Seite 2 der Vorsorgevollmacht“. Diese Vollmacht ist auch ohne das Beiblatt wirksam!

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, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB).[2] ☐ ja ☐ nein

- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.[2] ☐ ja ☐ nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeitenden von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. ☐ ja ☐ nein

- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie entscheiden über

  meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Abs. 1 BGB).[3] ☐ ja ☐ nein

  freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB).[3] ☐ ja ☐ nein

  ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Abs. 1 BGB).[3] ☐ ja ☐ nein

  meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Abs. 4 BGB).[3] ☐ ja ☐ nein

- Weitere Regelungen:

_____

_____

[2] Besteht zwischen der bevollmächtigten Person und dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten/der Patientin (Vollmachtgeber/in) entspricht, hat die bevollmächtigte Person eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

[3] In diesen Fällen hat die bevollmächtigte Person eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2, 4 und 5 BGB).

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ☐ ja ☐ nein
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. ☐ 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
- Weitere Regelungen:

_____

_____

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[4] ☐ ja ☐ nein
  - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen. ☐ ja ☐ nein
  - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen. ☐ ja ☐ nein
  - Verbindlichkeiten außerhalb des alltäglichen Geschäfts eingehen (Darlehen). ☐ ja ☐ nein
  - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ☐ ja ☐ nein
  - Schenkungen im dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. ☐ ja ☐ nein
- Folgende Geschäfte soll die bevollmächtigte Person **nicht** wahrnehmen können:

_____

_____

[4] Für einzelne Rechtsgeschäfte kann eine notarielle Beurkundung oder öffentliche Beglaubigung notwendig sein:
- Erklärung gegenüber dem Handelsregister
- Erbausschlagung
- Immobilien-/Grundstücksgeschäfte
- Aufnahme eines Verbraucherdarlehens
- Handelsgewerbe
- Führung einer Personenhandelsgesellschaft oder GmbH als Gesellschafter/in

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.[5] ☐ ja ☐ nein

Vertretung vor Gericht

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

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. ☐ ja ☐ nein

- Sie darf Untervollmachten zur Beauftragung eines Rechtsanwalts/einer Rechtsanwältin oder eines sonstigen, prozessberechtigten rechtlichen Vertreters eines Vereins oder sonstigen Vereinigung (z.B. Sozialverband, Arbeitnehmervertretung) zur ausschließlichen Wahrnehmung meiner Interessen im Rahmen dieser Vorsorgevollmacht erteilen. ☐ ja ☐ nein

Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ☐ ja ☐ nein

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern, Cloudlösungen), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. ☐ ja ☐ nein

Geltung über den Tod hinaus

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

[5] Zur Beantragung eines Reisepasses ist die bevollmächtigte Person nur dann befugt, wenn die Vollmacht öffentlich beglaubigt wurde.

Betreuungsverfügung

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

Weitere Regelungen

Ort, Datum	Unterschrift Vollmachtgeber/in
Ort, Datum	Unterschrift bevollmächtigten Person A
Ort, Datum	Unterschrift bevollmächtigten Person B

Ich bestätige, dass die obige Vollmacht dem Willen des Vollmachtgebers entspricht. Der Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin ist im Zeitpunkt der Erklärungsabgabe im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte.[6]

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

[6] Die ärztliche Bestätigung ist für die Wirksamkeit der Vollmacht prinzipiell unerheblich. Sie kann jedoch die Akzeptanz der Vollmacht in der Praxis erhöhen und etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit ausräumen.

Erklärungen zu Seite 2 der Vorsorgevollmacht

Außen- und Innenverhältnis

Das **Außenverhältnis** beschreibt das rechtliche Verhältnis zwischen der bevollmächtigten Person und entsprechenden Vertragspartnern (z.B. Behörden). Eine Vollmacht die im Außenverhältnis unbeschränkt ist, ist bei Vorlage in jedem Fall als Wirksam anzusehen. Eine Überprüfung etwaiger Wirksamkeitsvoraussetzungen (z.B. Geschäftsunfähigkeit) ist nicht erforderlich.

Das **Innenverhältnis** beschreibt das rechtliche Verhältnis zwischen Vollmachtgeber/in und Vollmachtnehmer/in. Im Innenverhältnis kann geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen von der Vollmacht Gebrauch gemacht werden darf (z.B. Geschäftsunfähigkeit).

Beispiel:
Eine Vollmacht ist im Außenverhältnis unbeschränkt im Innenverhältnis wird jedoch geregelt, dass von der Vorsorgevollmacht nur Gebrauch gemacht werden darf, wenn der/die Vollmachtgeber/in sich um seine Angelegenheiten nicht mehr selbst kümmern kann.

Die bevollmächtigte Person legt die Vollmacht vor, um einen Vertrag für den/die Vollmachtgeber/in abzuschließen. Die vollmachtgebende Person ist allerdings noch in der Lage, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln und wünscht diesen Vertrag nicht. Die bevollmächtigte Person weiß dies.

Der Vertragspartner muss vorher nicht überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Vollmachtsausübung vorliegen. Der Vertrag kommt somit zustande.

Die bevollmächtigte Person hat die Vollmacht allerdings wissentlich ohne die im Innenverhältnis geregelte Voraussetzung ausgeübt. Die vollmachtgebende Person könnte nun gegenüber der vollmachtnehmenden Person Rechtsansprüche (z.B. Schadensersatz) geltend machen.

Haftung

Grundsätzlich haftet eine bevollmächtigte Person für Schäden, die der vollmachtgebenden Person durch fehlerhafte Ausübung der Vollmacht entstanden sind. Die Haftung der bevollmächtigten Person gegenüber der vollmachtgebenden Person kann eingeschränkt werden.

Bei der Beschränkung der Haftung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit haftet die bevollmächtigte Person nur für Schäden, die vorsätzlich (absichtlich) oder grob Fahrlässig (Sorgfaltspflicht in schwerem Maße verletzt) wurde.

Bei der Beschränkung der Haftung auf Vorsatz haftet die bevollmächtigte Person nur für Schäden, die vorsätzlich (absichtlich) verursacht wurden.

Beispiel:
Der vollmachtgebenden Person steht Landespflegegeld zu. Die bevollmächtigte Person beantragt diese Leistungen nicht, der vollmachtgebenden Person entsteht somit ein finanzieller Schaden.

Bei einer **unbeschränkten Haftung** muss die bevollmächtigte Person hierfür voraussichtlich haften, selbst wenn sie die Leistung aus Unwissenheit nicht beantragt hat.

Bei einer Beschränkung auf **Vorsatz**, muss die bevollmächtigte Person nur dann für den Schaden haften, wenn sie wusste, dass ein Anspruch besteht und dennoch bewusst keinen Antrag gestellt hat.

Bei einer Beschränkung auf **grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz** muss die bevollmächtigte Person hierfür auch dann haften, wenn sie die Leistung nicht beantragt hat, weil sie ihre Sorgfaltspflicht in schwerem Maße verletzt hat. Dies könnte der Fall sein, wenn sie hätte wissen können, dass ein Anspruch besteht. Etwa, weil ihr ein Beratungsangebot diesbezüglich unterbreitet wurde und sie dies abgelehnt hat.

Beiblatt zur Vorsorgevollmacht - Aufwandsentschädigung

Diese Vereinbarung regelt die Aufwandsentschädigung
[1] zur am _____ erstellten Vorsorgevollmacht von

(Vollmachtgeber/in)

Name (ggf. Geburtsname), Vorname, Geburtsdatum

für

(bevollmächtigte Person)

Name (ggf. Geburtsname), Vorname, Geburtsdatum

im Innenverhältnis zwischen dem Vollmachtgeber/der Vollmachtgeberin und der bevollmächtigten Person.

Die bevollmächtigte Person soll Ersatz konkreter Aufwendungen für ihre Tätigkeiten aus dem Einkommen oder dem Vermögen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin entnehmen dürfen. Hierzu gehören ggf. auch die Kosten einer angemessen Haftpflichtversicherung. ☐ ja ☐ nein

Zeitaufwand der bevollmächtigten Person für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben kann die bevollmächtigte Person mit einem Stundensatz von _____€ abrechnen. ☐ ja ☐ nein

Hierzu besteht Einigkeit, dass dies ggf. nicht für solche Tätigkeiten gilt, die eine rechtliche Prüfung im Einzelfall verlangen (etwa die Fertigung von Steuererklärungen, Führung von Rechtsstreitigkeiten, Prüfung von Verträgen usw.) und deshalb als sog. „Rechtsdienstleistung“ nur unentgeltlich gestattet sind. Deshalb kann auch keine Pauschalvergütung für die Tätigkeit der bevollmächtigten Person insgesamt vereinbart werden.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

Ort, Datum

Unterschrift bevollmächtigte Person

[1] Eine Aufwandsentschädigung kann optional festgehalten werden. Etwa wenn absehbar ist, dass die Aufgabenerfüllung aus dieser Vollmacht sehr umfangreich sein wird und sehr viel Vermögen zu verwalten ist. Die Hilfeleistung im Rahmen der Vollmacht sollte allerdings nicht von einer Aufwandsentschädigung abhängig gemacht werden. Helfen sollte stets uneigennützig erfolgen.

Betreuungsverfügung

Sollten Sie sich dazu entschließen, keine Vorsorgevollmacht zu erteilen, sollten Sie wenigstens mit Hilfe einer Betreuungsverfügung für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen.

In der Betreuungsverfügung legen Sie fest, wer zu Ihrem Betreuer bestellt werden soll, wenn eine Betreuung notwendig wird. Sie können außerdem festlegen, wer nicht zu ihrem Betreuer bestellt werden soll. Diese Vorschläge sind für das Gericht verbindlich, solange die von Ihnen genannte Person für die Führung der Betreuung geeignet scheint.

Betreuungsverfügung

Ich,

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

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

Folgende Person soll die Betreuung für mich übernehmen:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Ersatzweise soll folgende Person die Betreuung für mich übernehmen:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Folgende Person soll auf keinen Fall die Betreuung für mich übernehmen:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handynummer
E-Mail-Adresse	

Zur Ausübung der Betreuung habe ich folgende Wünsche:

Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist. ☐ ja ☐ nein

Weitere Regelungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Patientenverfügung

Gerade in der letzten Lebensphase, dem Sterbeprozess, kann eine Reihe wichtiger Entscheidungen notwendig sein, die Andere für Sie treffen müssen.
Mit einer Patientenverfügung erleichtern Sie Ihren Vertrauenspersonen diese Entscheidungen bzw. nehmen sie ihnen ab. Sie legen darin vorab fest, welche Maßnahmen Sie im Sterbeprozess oder im Falle schwerer Erkrankung wünschen und welche Maßnahmen Sie ablehnen.

Es ist empfehlenswert, Ihre Patientenverfügung mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin zu besprechen. Er/Sie kann Ihnen die medizinische Bedeutung und die Auswirkungen Ihrer Wünsche am besten erklären.

Vor der Erstellung Ihrer Patientenverfügung erhalten Sie hier noch einige wertvolle Hinweise:

- Zum Zeitpunkt der Erstellung Ihrer Patientenverfügung müssen Sie volljährig und „einwilligungsfähig“ sein. Im natürlichen Sinn einwilligungsfähig sind Sie, wenn Sie die Bedeutung, Tragweite und auch die Risiken einer Maßnahme erfassen und Ihren Willen hiernach bestimmen können. Auf die Geschäftsfähigkeit kommt es beim Erstellen einer Patientenverfügung nicht an.
- Eine ärztliche Bestätigung darüber, dass Sie zum Zeitpunkt Ihrer Unterschrift unter die Patientenverfügung noch ausreichend einwilligungsfähig sind und deren Inhalt auch Ihrem Willen entspricht ist sinnvoll, jedoch nicht unbedingt erforderlich.
- Beim Ausfüllen der Vordrucke ist es wichtig, das Gewünschte anzukreuzen, Unzutreffendes und nichtgenutzte Leerzeilen ggf. zu streichen.
- Eine Pflicht, die Patientenverfügung regelmäßig zu aktualisieren besteht nicht. Es empfiehlt sich jedoch, alle 2-5 Jahre bzw. beim Auftreten von schweren Krankheiten, die Unterschrift auf der Patientenverfügung zu aktualisieren.
- Treffen die in der Patientenverfügung getroffenen Festlegungen nicht auf Ihre aktuelle Situation zu, hat Ihre bevollmächtigte Person oder Ihr Betreuer nach Ihrem mutmaßlichen Willen zu entscheiden. Zur Feststellung Ihres mutmaßlichen Willens sind individuelle, konkrete und aussagekräftige Anhaltspunkte notwendig. Hierzu dienen insbesondere Ihre früheren Äußerungen, Überzeugung und persönliche Wertvorstellungen. Sprechen Sie daher mit Ihren Vertrauenspersonen über Ihre Wünsche!

Mit einem Organspendeausweis nehmen Sie Ihren Vertrauenspersonen übrigens auch diese Entscheidung ab. Im Ausweis können Sie nicht nur festlegen, dass Sie einer Organspende zustimmen, Sie können Ihre Zustimmung auch einschränken oder festlegen, dass Sie keine Organspende wünschen.

Patientenverfügung

Ich,

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ☐ ja ☐ nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. ☐ ja ☐ nein
- 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 oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. ☐ ja ☐ nein
- 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. ☐ ja ☐ nein
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (optional): ☐ ja ☐ nein

_____

_____

_____

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

2. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich,

☐ dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

☐ dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

☐ aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

☐ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich,

☐ dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

☐ dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

oder

☐ dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

Wiederbelebung

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich,

☐ Versuche der Wiederbelebung.

oder

☐ die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

☐ dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich,

☐ eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich,

☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich,

☐ Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

☐ keine Antibiotika.

Blut/Blutbestandteile

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich,

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Organspende

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann: *(Alternativen)*

☐ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

☐ Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

oder

☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

☐ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

☐ wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

☐ wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

☐ Beistand durch folgende Personen:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

☐ Beistand durch einen Vertreter/eine Vertreterin folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

_____

_____

☐ hospizlichen Beistand.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

☐ Ich entbinde die mich in den unter Nummer 1 beschriebenen Situationen behandelnden Ärzte und Ärztinnen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

3. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein/e Vertreter/in – z.B. Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte ein Arzt oder eine Ärztin oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter/meiner Vertreterin (z.B. Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in) erwarte ich, dass er/sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: *(Alternativen)*

  ☐ meiner bevollmächtigten Person.

  ☐ meinem Betreuer/meiner Betreuerin.

  ☐ dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

  ☐ anderer Person:

  _____
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte und Ärztinnen/das Behandlungsteam/mein/e Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: *(Alternativen)*

  ☐ meiner bevollmächtigten Person.

  ☐ meinem Betreuer/meiner Betreuerin.

  ☐ dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

  ☐ anderer Person:

  _____

☐ Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

☐ Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

4. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt, für:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

☐ Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt, für:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

5. Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

☐ Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

☐ Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

6. Information und Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung

☐ informiert bei/durch:

_____

_____

☐ beraten lassen durch:

_____

_____

7. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort

☐ Wurde von mir am _____ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

☐ Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

_____	_____
Ort, Datum	Stempel, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

8. Schlussformel und Schlussbemerkung

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.
- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

Aktualisierung

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

☐ in vollem Umfang.

oder

☐ mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum

Unterschrift

☐ in vollem Umfang.

oder

☐ mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum

Unterschrift

☐ in vollem Umfang.

oder

☐ mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Meine persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung

(Aktuelle Lebens- und Krankheitssituation, zusätzliche Krankheitszustände mit dem jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen, grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben)

Ort, Datum

Unterschrift

Ergänzung zur Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

Personalien

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Krankheitsgeschichte und Diagnose[1]

[1] Sollte der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin ausfüllen.

Was mir jetzt wichtig ist[2]

Ich weiß, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen, so wünsche ich ausdrücklich:

Darüber hinaus ist mir besonders wichtig

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

☐ Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und diese ambulant nicht durchgeführt werden können.

☐ Mein Wunsch ist es, zu Hause zu bleiben. Sollte das nicht gehen, möchte ich nach Möglichkeit in die Pflegeeinrichtung/Krankenhaus eingeliefert werden:

Name der Einrichtung/des Krankenhauses

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Kontaktdaten

☐ Ich wünsche Beistand durch einen Vertreter/eine Vertreterin folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

☐ Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst.

[2] Grundsätzliche Überlegungen (z.B. Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u.a.).

Aktuelle Medikation

Medikament	Uhrzeit							Zweck

Zuletzt geändert am _____

Name des behandelndes Arztes/der behandelnden Ärztin/der Palliativfachkraft

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort Kontaktdaten

Unterschrift des behandelndes Arztes/der behandelnden Ärztin/der Palliativfachkraft

Notfallplan[3]

Mögliche Komplikation	Gewünschte Behandlung

Name des behandelndes Arztes/der behandelnden Ärztin/der Palliativfachkraft

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort Kontaktdaten

Unterschrift des behandelndes Arztes/der behandelnden Ärztin/der Palliativfachkraft

Ort, Datum

Unterschrift

[3] Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

Hinweis zu COVID19 und vergleichbaren Erkrankungen

„Einer Änderung oder Ergänzung des Formulars im Hinblick auf COVID-19-Erkrankungen bedarf es grundsätzlich nicht. Die Frage der Beatmung, die sich im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung stellen kann, bedarf allerdings einer gesonderten Betrachtung, denn eine (kurzzeitige) Beatmung kann auch bei hochbetagten und vulnerablen Patienten erfolgreich sein. Aus diesem Grund unterscheidet sich diese Situation deutlich von den unter Nummer 1, Punkt 1 bis 4 des Formulars beschriebenen Situationen. Die Patientenverfügung und damit das Behandlungsverbot in Bezug auf die künstliche Beatmung greift deshalb in der Regel bei einer COVID-19-Erkrankung nicht. Wenn der Wunsch besteht, eine Beatmung im Falle einer COVID-19-Erkrankung in jedem Fall auszuschließen, sollte dies daher in einem Zusatz zur Patientenverfügung explizit festgehalten werden. Dies gilt grundsätzlich für alle potenziell heilbaren Erkrankungen, auch im Rahmen einer vergleichbaren künftigen Pandemie.“[1]

[1] BStMdJ (2021): *Vorsorge für Unfall, Krankheit,* Alter, 20. Auflage, München: C.H. Beck, oHG.

Notizen

Hinweiskärtchen Vorsorgedokumente

Folgendes Hinweiskärtchen können Sie in Ihren Geldbeutel legen, damit Rettungskräfte im Notfall von Ihrer Vorsorgevollmacht erfahren. Einfach ausschneiden, zusammenfalten und einstecken.

Für den Fall, dass ich, _____, geb. _____, meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich vorsorglich eine ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Betreuungsverfügung ☐ Patientenverfügung erstellt.	Tritt dieser Fall ein, bitte ich umgehend mit folgender Person Kontakt aufzunehmen: _____ (Name) _____ (Adresse) _____ (Kontaktdaten)

Für den Fall, dass ich, _____, geb. _____, meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich vorsorglich eine ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Betreuungsverfügung ☐ Patientenverfügung erstellt.	Tritt dieser Fall ein, bitte ich umgehend mit folgender Person Kontakt aufzunehmen: _____ (Name) _____ (Adresse) _____ (Kontaktdaten)

Für den Fall, dass ich, _____, geb. _____, meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich vorsorglich eine ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Betreuungsverfügung ☐ Patientenverfügung erstellt.	Tritt dieser Fall ein, bitte ich umgehend mit folgender Person Kontakt aufzunehmen: _____ (Name) _____ (Adresse) _____ (Kontaktdaten)

Für den Fall, dass ich, _____, geb. _____, meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich vorsorglich eine ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Betreuungsverfügung ☐ Patientenverfügung erstellt.	Tritt dieser Fall ein, bitte ich umgehend mit folgender Person Kontakt aufzunehmen: _____ (Name) _____ (Adresse) _____ (Kontaktdaten)

5. Auflage (Januar 2023)

Impressum

Herausgeber

Landratsamt Deggendorf
Sachgebiet 50 -Betreuungsstelle-
Herrenstraße 18
94469 Deggendorf
Tel.: 0991/3100-306
Email: Betreuungsstelle@LRA-Deg.Bayern.de

Ansprechpartnerin

Sachgebiet 50 -Betreuungsstelle-
Frau Lochschmidt
Tel.: 0991/3100-284
Email: Betreuungsstelle@LRA-Deg.Bayern.de

Verteilung

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

Ebenso können Sie diese Broschüre auch
unter www.landkreis-deggendorf.de
Leben & Arbeiten > Soziales & Senioren > Notfallmappe
herunterladen.