



Persönliche Daten • Angehörige, die im Notfall  
zu benachrichtigen sind • Wohnungseigentum •  
Schlüsselverwahrung • Ärztliche Behandlungen  
Medikamentennachweis • Kranken- und Pflege-  
kasse • Apotheke • Impfungen • Organspende  
Allergien • Altersvermerk  
**VORSORGE MAPPE**  
Vorsorge • Vollmacht • Patientenverfügung  
Betreuungsverfügung • Benachrichtigungen



## Stadt seniorenrat Biberach e.V.

### Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeden von uns kann es treffen: ein schwerer Unfall, eine plötzliche Krankheit, Tod, altersbedingte Einschränkungen....

Angehörige oder Hilfsdienste haben oft große Probleme, sich in solchen Fällen den notwendigen Überblick über die Lebenssituation, das Umfeld und die Verpflichtungen des Betroffenen zu verschaffen, um seine Angelegenheiten korrekt regeln und in seinem Sinne handeln zu können. Das betrifft insbesondere allein lebende Menschen, deren Angehörige oft weit entfernt wohnen.

In die vorliegende Vorsorgemappe können Sie rechtzeitig und in Ruhe wichtige Informationen eintragen und mit Ihren Angehörigen, Nachbarn und Freunden besprechen. Richtig vorgesorgt haben Sie, wenn Sie zusätzlich eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung beifügen und eine absolut vertrauenswürdige Person als Bevollmächtigte benannt haben.

**Wichtig: Informieren Sie Ihre Angehörigen und / oder Vertrauenspersonen, wo Sie die Vorsorgemappe aufbewahren.**

Die Vorsorgemappe wurde vom Stadt seniorenrat Biberach unter Mitarbeit vom Arbeitskreis "Vorsorge treffen" ehrenamtlich erarbeitet. Sie kann auch aus dem Internet unter **[www.stadt seniorenrat-bc.de](http://www.stadt seniorenrat-bc.de)** heruntergeladen werden. Die kreisweite Verteilung (Gebühr 1,50 € pro Ex.) übernimmt der Kreisseniorenrat Biberach über die Rathäuser.

Wir danken der Kreissparkasse Biberach für die großzügige finanzielle Unterstützung, Herrn Franz Josef Mock für die Überlassung des Fotos und dem Team Rogger für die Gestaltung des Titelblatts.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Kreisseniorenrat Biberach und Ihr Stadt seniorenrat Biberach e.V.

Gefördert durch:

## Vorsorge für häusliche Notfälle

Bei akuten häuslichen Notfällen kann ein Datenblatt in der Rotkreuzdose lebensrettend sein. Die Rotkreuzdose ist incl. Datenblatt für 2,50 € in fast allen Rathäusern im Landkreis erhältlich. Die Dose wird im Kühlschrank aufbewahrt, weil man den Kühlschrank in jeder Wohnung rasch findet.



Für **Menschen mit Demenz oder psychischen Beeinträchtigungen** gibt es einen speziellen **Notfallbogen**,

der von der Homepage des Stadt seniorenrats Biberach (Adresse siehe im Vorwort) heruntergeladen oder vom Stadt seniorenrat oder Kreisseniorenrat Biberach bezogen werden kann.

Auf der Website des Landratsamtes finden Sie unter

<https://www.biberach.de/Landratsamt/Kreissozialamt/altenhilfefachberatung.html>

Stichwort „Notfallbogen“, eine Version, die am PC ausgefüllt werden kann.

Der Notfallbogen kann ebenfalls in der Rotkreuzdose verwahrt werden.

## Vorsorge für Notfälle unterwegs

Für die Hand-/Brieftasche empfiehlt sich eine Notfallkarte im Scheckkartenformat, die kostenlos bei den Rathäusern oder beim Stadt seniorenrat Biberach erhältlich ist. Auf der Rückseite können Krankheiten, lebenswichtige Medikamente und der Name des Hausarztes eingetragen werden.

|                      |                                               |                                                                                     |
|----------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Notfall-Karte</b> | Name, Vorname                                 | Geburtsdatum                                                                        |
|                      | Straße, PLZ, Wohnort                          |                                                                                     |
|                      | im Notfall benachrichtigen (1): Name, Telefon |                                                                                     |
|                      | im Notfall benachrichtigen (2): Name, Telefon |                                                                                     |
|                      | Datum:                                        |  |

## Inhaltsübersicht:

|                                                                         | Seite |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|
| Persönliche Daten, Hausschlüssel, Wohnung .....                         | 4     |
| Angehörige .....                                                        | 5     |
| Ärzte, Krankenkasse .....                                               | 6     |
| Apotheke, Medikamente, Impfungen, Organspende.....                      | 7     |
| Ärztliche Behandlungen, Allergien, Behinderungsstufe, Pflegegrade ..... | 8     |
| Altersversorgung .....                                                  | 9     |
| Versicherungen, Bausparverträge, Bank, Steuer .....                     | 10    |
| Vorsorgevollmachten und -verfügungen .....                              | 11    |
| Immobilieigentum, Nachlassregelungen .....                              | 12    |
| Bestattungswünsche .....                                                | 13    |
| Benachrichtigungen im Todesfall .....                                   | 14-15 |

## Anhang

|                                             |        |
|---------------------------------------------|--------|
| Vorsorgende Verfügungen - Erläuterung ..... | S. 1-2 |
| Musterformulare: Vollmacht .....            | S. 1-4 |
| Betreuungsverfügung                         |        |
| Patientenverfügung .....                    | S. 1-8 |

## Impressum

Herausgeber: Stadtseniorenrat Biberach e.V.  
1. Vorsitzende: Marlene Goeth, Oberer Bühl 6, 88400 Biberach  
Tel. 07351-16 87 09; E-Mail: Marlene.Goeth@gmx.de

Redaktion: Stadtseniorenrat Biberach e.V.  
Arbeitskreis "Vorsorge treffen"

Ausgabe 2020/2021



## Persönliche Daten:

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

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

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

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Derzeit gesprochene Sprache: \_\_\_\_\_

## Schlüsselverwahrung:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

## Wohnungseigentümer:

☐ Ich wohne in meiner eigenen Wohnung / meinem eigenen Haus

☐ Ich wohne in einer Mietwohnung. Kontaktdaten des Vermieters:

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

**Angehörige, die im Notfall zu benachrichtigen sind:**

☐ Ehe-/Lebenspartner

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

☐ \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

☐ \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

☐ \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

**Ärzte:**

Hausarzt

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Weitere Ärzte /Fachärzte:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

**Kranken- und Pflegekasse:**

☐ gesetzlich      ☐ privat

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Karten- und Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin von Zuzahlungen befreit:   ☐ ja      ☐ nein

**Aufbewahrungsort meiner Krankenversicherungskarte:** \_\_\_\_\_

---

**Meine Apotheke:**

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin von Rezeptzuzahlung befreit: ☐ ja ☐ nein ☐ privat

**Lebenswichtige Medikamente:**

Stand (Datum): \_\_\_\_\_ (Blutgerinnungshemmende Mittel, z. B. Marcumar  
oder ähnliches bitte mit Kreuz kennzeichnen)

Name des Medikaments:

Dosierung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Impfungen:**

Impfbuch vorhanden: ☐ ja ☐ nein

**Aufbewahrungsort meines Impfbuchs:** \_\_\_\_\_

---

**Organspende:**

Organspende-Ausweis vorhanden: ☐ ja ☐ nein

**Aufbewahrungsort meines Organspende-Ausweises:** \_\_\_\_\_

---

---

**Ärztliche Behandlungen,**

die für den Notfall wichtig sein könnten (Evtl. vom Arzt ausfüllen lassen)

| Datum (Jahr) | Behandelnder Arzt<br>bzw. Krankenhaus | Grund der Behandlung<br>(Diagnose) |
|--------------|---------------------------------------|------------------------------------|
|              |                                       |                                    |
|              |                                       |                                    |
|              |                                       |                                    |
|              |                                       |                                    |
|              |                                       |                                    |
|              |                                       |                                    |
|              |                                       |                                    |

**Allergien:**

Allergiepass vorhanden: ☐ ja ☐ nein

**Aufbewahrungsort meines Allergiepasses:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bekannte Allergien, insbes. auch gegen Inhaltsstoffe von Medikamenten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Behinderungsstufe:**

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen: \_\_\_\_\_ Wertmarke: ☐ ja ☐ nein

**Pflegegrad:**

☐ eins ☐ zwei ☐ drei ☐ vier ☐ fünf ☐ Demenz

## **Altersversorgung:**

### Deutsche Rentenversicherung

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Versicherungs-Nr. / Kennzeichen: \_\_\_\_\_

### Beamtenversorgung - Bund / Land

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Vers.-Nr. /Pers.-Nr. /Beihilfe-Nr.: \_\_\_\_\_

### Private Renten- und Betriebsrentenansprüche (z. B. Riester u.a.)

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

## **Aufbewahrungsort meiner Rentenunterlagen:**

---

---

## **Vereine, Abonnements, Internet**

☐ Eine Zusammenstellung meiner Vereinsmitgliedschaften und Abonnements ist beigelegt.

**Vergessen Sie nicht, Ihre Online-Zugangsdaten (Benutzername, Passwort) und Bank-Passwörter bei einer Vertrauensperson zu hinterlegen!**

Infos zum digitalen Nachlass unter [www.digital-kompass.de/digitaler-nachlass](http://www.digital-kompass.de/digitaler-nachlass)

## Versicherungen:

Ich habe folgende Versicherungen abgeschlossen:

- |                                                        |                                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auslandskrankenversicherung   | <input type="checkbox"/> Lebensversicherung (2)               |
| <input type="checkbox"/> Feuer- / Gebäudeversicherung  | <input type="checkbox"/> Lebensversicherung (3)               |
| <input type="checkbox"/> Glasversicherung              | <input type="checkbox"/> Private (Zusatz-)Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Hausratversicherung           | <input type="checkbox"/> Private (Zusatz-)Pflegeversicherung  |
| <input type="checkbox"/> KFZ-Versicherung              | <input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung        |
| <input type="checkbox"/> KFZ-Versicherung (Zweitwagen) | <input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung               |
| <input type="checkbox"/> Lebensversicherung (1)        | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung                   |

Sonstige Versicherungen:

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

☐ Ich habe einen Bausparvertrag abgeschlossen

**Aufbewahrungsort meiner Versicherungs- und Bausparunterlagen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aufbewahrungsort meiner Bank- und Steuerunterlagen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zuständiges Finanzamt:** \_\_\_\_\_

**Steuernummer:** \_\_\_\_\_

☐ Ich habe ein Bankschließfach bei folgender Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Vorsorge:**

### Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht wurde erteilt: ☐ ja ☐ nein

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

☐ Die Vorsorgevollmacht ist im Anhang beigefügt

### Bankvollmacht

Eine Bankvollmacht wurde erteilt: ☐ ja ☐ nein

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

☐ Die Bankvollmacht ist im Anhang beigefügt

### Postvollmacht

Eine Postvollmacht wurde erteilt: ☐ ja ☐ nein

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

☐ Die Postvollmacht ist im Anhang beigefügt

### Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung ausgefüllt: ☐ ja ☐ nein

☐ Die Patientenverfügung ist im Anhang beigefügt

### Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung wurde erteilt: ☐ ja ☐ nein

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

☐ Die Betreuungsverfügung ist im Anhang beigefügt



## **Grund- und Immobilieneigentum:**

Art des Grundbesitzes (z. B. Wiese, Wald) bzw. Art der Immobilie (z. B. Wohnhaus, Eigentumswohnung, Garage): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aufbewahrungsort der Unterlagen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Nachlassregelungen:**

### Handschriftliches Testament

Ich habe meinen letzten Willen handschriftlich abgefasst: ☐ ja ☐ nein

Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Hinterlegungsort: \_\_\_\_\_

### Notarielles Testament

Ich habe meinen letzten Willen notariell beurkunden lassen: ☐ ja ☐ nein

Name und Adresse des Notars: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Erbvertrag

Ich habe einen Erbvertrag abgeschlossen: ☐ ja ☐ nein

Name und Adresse des Notars: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Bestattungsvorgaben und -wünsche:**

### Bestattungsvertrag

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen: ☐ ja ☐ nein

### Bestattungsinstitut

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

### Art der Bestattung

- |                                          |                                                        |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erdbestattung   | <input type="checkbox"/> anonyme Bestattung            |
| <input type="checkbox"/> Seebestattung   | <input type="checkbox"/> Bestattung in einem Friedwald |
| <input type="checkbox"/> Feuerbestattung | <input type="checkbox"/> _____                         |

### Bestattungsort / Friedhof

- ☐ Eine Grabstätte ist bereits vorhanden; Friedhof in \_\_\_\_\_
- ☐ Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof \_\_\_\_\_
- ☐ Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner Angehörigen
- ☐ Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und Freunde
- ☐ Ich wünsche eine normal übliche Bestattung ohne Ausnahmen

### Besondere Wünsche

---

---

---

---

---

---

---

---

**Im Todesfall zu benachrichtigen:**

Letzter Arbeitgeber vor dem Rentenbezug (für evtl. Nachruf):

Firma: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Angehörige / Verwandte / Freunde:

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

---

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

# **Vorsorgende Verfügungen**

## **Musterformulare**

**Das Formular für die Vollmacht enthält auf S. 2, Pkt. 1, Abs. 4 die  
Gesetzesänderung vom 26.02.2013  
(Einbeziehung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen)**

**Die Patientenverfügung entspricht den Anforderungen nach dem  
Beschluss des BGH vom 06.07.2016 - XII ZB 61/16**

## Vorsorgende Verfügungen - Erläuterung

### Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung

Jeder von uns kann durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, dass er wichtige Angelegenheiten seines Lebens nicht mehr selbstverantwortlich regeln kann, z.B.: Wie werde ich ärztlich versorgt? Wer entscheidet bei Operationen und medizinischen Maßnahmen? Wer organisiert für mich nötige ambulante Hilfen? Wer sucht für mich einen Platz in einem Pflegeheim? Wer erledigt meine Bankgeschäfte? Natürlich werden Ihre Angehörigen Ihnen – hoffentlich – im Ernstfall beistehen.

Wenn aber rechtsverbindliche Erklärungen oder Entscheidungen gefordert sind, dürfen Ehegatte oder Kinder Sie nicht automatisch gesetzlich vertreten.

Möchten Sie Vorsorge treffen und diesen Personen auf Vorrat eine Vertretungsmacht einräumen, müssen Sie eine entsprechende Vollmacht (meist General- und Vorsorgevollmacht) erteilen. Können Sie aufgrund einer Krankheit oder Behinderung als Volljähriger ihre Angelegenheiten nämlich nicht mehr selbst entscheiden und haben Sie keine Vollmacht erteilt, wird - soweit es erforderlich ist - vom Gericht ein Betreuer bestellt. Dies ist auch dann der Fall soweit die erteilte(n) Vollmacht(en) nicht ausreichen sollte(n), um die erforderlichen Angelegenheiten zu regeln.

*Hier einige Erläuterungen zu den beiliegenden Musterformularen:*

#### 1. Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Soweit die Vollmacht die Ermächtigung zur Entscheidung über lebensbedrohliche Behandlungen oder freiheitsentziehende Maßnahmen enthält – was regelmäßig zweckmäßig ist – muss sie schriftlich erteilt werden.

Sie benennen eine oder mehrere Personen *Ihres Vertrauens* als Bevollmächtigte, die bereit sind, für Sie *im Bedarfsfall* zu handeln. Damit Ihre Vorsorgevollmacht von amtlichen Stellen, Behörden und Banken akzeptiert wird und Sie auch über Risiken, Möglichkeiten der Abfassung und die Wirkung der Vollmacht informiert sind, empfehlen wir die *notarielle Beurkundung der Vollmacht*.

Alternativ kann – ohne inhaltliche Prüfung der Vollmacht – auch lediglich die Echtheit ihrer Unterschrift durch eine entsprechende Beglaubigung nachgewiesen werden. Diese wird vorgenommen vom Notar oder Ratsschreiber oder bei reinen Vorsorgevollmachten durch die Betreuungsbehörde.

#### 2. Betreuungsverfügung

Wenn Sie *keine* Vollmacht erteilt haben, kann die Bestellung eines gesetzlichen Vertreters („Betreuers“) für Sie notwendig werden. Hierfür ist das Amtsgericht zuständig. Es hat Wünsche, die Sie zuvor festgelegt haben, zu berücksichtigen. Dies geschieht zweckmäßig, falls Sie sich nicht mehr äußern können, in einer schriftlichen Verfügung für den Betreuungsfall, der „Betreuungsverfügung“. Sie können darin bestimmen, wer Ihr Betreuer werden soll. Sie können aber auch festlegen, wer keinesfalls als Betreuer in Betracht gezogen werden soll. Ein bestellter gesetzlicher Betreuer, evtl. auch eine Ihnen fremde Person, steht unter Aufsicht des Betreuungsgerichts und muss Rechenschaft über finanzielle und andere Entscheidungen ablegen.

### 3. Patientenverfügung

Seit 1. 9. 2009 hat die Patientenverfügung – wie bisher schon die Betreuungsverfügung und die Vorsorgevollmacht – eine gesetzliche Grundlage. In ihr können Sie schriftlich festlegen, was medizinisch unternommen werden oder unterbleiben soll, wenn Sie entscheidungsunfähig sind.

Die Patientenverfügung ist verbindlich, wenn der Wille des Patienten eindeutig und sicher festgestellt ist. **In der Patientenverfügung sollten Sie auch die eigenen Lebens- und Wertvorstellungen beschreiben.** Es empfiehlt sich, ausreichende Informationen einzuholen und sich mit Angehörigen und dem Hausarzt zu besprechen.

Die Patientenverfügung sollte dem Bevollmächtigten bzw. Betreuer vorliegen, weil er sie im Ernstfall den Ärzten übergeben und für ihre Umsetzung sorgen muss.

Mitglieder des Arbeitskreises „Vorsorge treffen“ geben Auskunft in Sprechstunden in verschiedenen Rathäusern im Landkreis Biberach sowie in der VHS Biberach.

Hilfreich ist es, eine kleine Informationskarte mit sich zu führen, die darüber Auskunft gibt, welche vorsorgende Verfügung Sie besitzen und wer Zugang zu den Originalen hat.

#### Informationen bei:

##### **Bundesministerium der Justiz:**

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

Pfad: Themen – Vorsorge und Patientenrechte – Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung

##### **Betreuungsbehörde beim Landratsamt Biberach**, Rollinstr. 8, 88400 Biberach.

Tel: 0 73 51/ 52-6450 oder 52-7225

Email: [betreuungsbehoerde@biberach.de](mailto:betreuungsbehoerde@biberach.de)

Internet: <http://www.biberach.de/betreuungsbehoerde.html>

##### **Betreuungsverein Landkreis Biberach e.V.**, Bahnhofstr. 29, 88400 Biberach.

Tel: 07351-17869

Email: [info@betreuungsverein-bc.de](mailto:info@betreuungsverein-bc.de)

Internet: [www.betreuungsverein-bc.de](http://www.betreuungsverein-bc.de)

##### **Amtsgericht Biberach**, Alter Postplatz 4, 88400 Biberach

Tel: 07351 / 59-0

E-Mail: [poststelle@AGBiberach.Justiz.bwl.de](mailto:poststelle@AGBiberach.Justiz.bwl.de)

# VOLLMACHT

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

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

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

## erteile hiermit Vollmacht an

1. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum/-ort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail (Bevollmächtigte/r)

2. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum/-ort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail (Bevollmächtigte/r)

3. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum/-ort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail (Bevollmächtigte/r)

Die Vertrauenspersonen/Bevollmächtigten sollen jeweils einzelvertretungsberechtigt sein.

Diese Vertrauenspersonen 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 bevollmächtigten Personen die Vollmachtsurkunde besitzen und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen können.

## Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie sind befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

☐ JA ☐ NEIN

Fortsetzung Seite 2



- Sie dürfen insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB). ☐ JA ☐ NEIN
- Sie dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauenspersonen von der Schweigepflicht. Diese dürfen ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. ☐ JA ☐ NEIN
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, dürfen sie
- über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§1906 Absatz 1 BGB) ☐ JA ☐ NEIN
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) ☐ JA ☐ NEIN
- über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB) ☐ JA ☐ NEIN
- über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§1906a Absatz 4 BGB) ☐ JA ☐ NEIN
- entscheiden.

■

---

■

---

■

---

## 1. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie dürfen meinen Aufenthalt bestimmen ☐ JA ☐ NEIN
- Sie dürfen Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ☐ JA ☐ NEIN
- Sie dürfen einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ☐ JA ☐ NEIN
- Sie dürfen einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. ☐ JA ☐ NEIN

■

---

## 2. Behörden

- Sie dürfen mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträger vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. ☐ JA ☐ NEIN

■

---

### 3. Vermögenssorge

- Sie dürfen mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich ☐ JA ☐ NEIN
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ☐ JA ☐ NEIN
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ☐ JA ☐ NEIN
- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ☐ JA ☐ NEIN
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie dürfen mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**) ☐ JA ☐ NEIN
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. ☐ JA ☐ NEIN

■

---

- Folgende Geschäfte sollen sie **nicht** wahrnehmen können

■

---

■

---

#### Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. S 31/32 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt die Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihnen 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.

### 5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie dürfen im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ☐ JA ☐ NEIN

### 6. Vertretung vor Gericht

- Sie dürfen mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. ☐ JA ☐ NEIN

## 7. Untervollmacht

■ Sie dürfen eine Untervollmacht erteilen.

☐ JA ☐ NEIN

## 8. Betreuungsverfügung

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

☐ JA ☐ NEIN

## 9. Geltung über den Tod hinaus

■ Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ JA ☐ NEIN

## 10. Weitere Regelungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der 1. Vollmachtnnehmerin/des 1. Vollmachtnnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der 2. Vollmachtnnehmerin/des 2. Vollmachtnnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der 3. Vollmachtnnehmerin/des 3. Vollmachtnnehmers

# BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

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

## ■ Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

## ■ Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

## ■ Auf keinen Fall soll zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

## ■ Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:

1. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

**Patientenverfügung****des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz**

(Modifiziert für die Vorsorgemappe des Stadt- und Kreissenioresenrats Biberach 2018)

**1. Eingangsformel**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse, Telefon: \_\_\_\_\_

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

**2.1 Situationen, für die die Verfügung gelten soll**

|                                        |
|----------------------------------------|
| Zutreffendes<br>habe ich<br>angekreuzt |
|----------------------------------------|

- 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 oder 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 unwahrscheinlich ist<sup>1</sup>. *Anmerkung: Die Fußnoten sind auf den letzten zwei Blättern erklärt* ☐
- Wenn ich infolge eines 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<sup>2</sup>. ☐
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation: \_\_\_\_\_ ☐

\*Aus Gründen der besseren Leserlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

## **2.2 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen**

### **2.2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen<sup>3</sup>**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen bzw. schon begonnene beendet werden. Das bedeutet keinen generellen Behandlungsverzicht. 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.

☐

### **2.2.2 Schmerz- und Symptombehandlung<sup>4</sup>**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

☐

### **2.2.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr<sup>5</sup>**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung erfolgt bzw. eine schon begonnene beendet wird, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge). Außerdem wünsche ich keine künstliche Flüssigkeitszufuhr, außer zur Linderung meiner Beschwerden.

☐

### **2.2.4 Wiederbelebung<sup>6</sup>**

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass Versuche der Wiederbelebung unterlassen werden und ein Notarzt nicht verständigt wird. Im Fall einer Hinzuziehung bitte ich um unverzügliche Information über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen.

☐

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen unerwartet eintreten.

☐

### **2.2.5 Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, 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.

☐

### **2.2.6 Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. ☐
- 2.2.7 Blut/Blutbestandteile**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden ☐
- 2.2.8 Medikamente**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Medikamente nur zur Linderung meiner Beschwerden. ☐
- 2.2.9 Antibiotika**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden. ☐
- 2.2.10 Chemotherapie**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Chemotherapie nur zur Linderung meiner Beschwerden. ☐
- 2.2.11 Diagnostische Maßnahmen**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich diagnostische Maßnahmen nur zur Linderung meiner Beschwerden ☐
- 2.2.12 Operationen**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Operationen nur zur Linderung meiner Beschwerden ☐
- 2.2.13 Herzschrittmacher**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich keine Implantation eines Herzschrittmachers ☐
- 2.2.14 Defibrillator**  
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Deaktivierung eines evtl. implantierten Defibrillators ☐
- 2.2.15 Obduktion**  
Ich stimme einer freiwilligen Obduktion zu ☐
- 3. Ort der Behandlung, Beistand**  
Ich möchte
- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben, evtl. mit Hilfe ambulanter Dienste ☐
  - wenn möglich in einem Hospiz sterben ☐

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

---

---

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

- Krankensalbung
- Hospizlichen Beistand



#### 4. **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---

---

#### 5. **Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung sowie zum Widerruf der Patientenverfügung**



- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein Vertreter soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte ein Arzt 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 erwarte ich, dass er 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.
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung





meines Willens unterstellt wird. Sollten aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen Zweifel aufkommen, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch noch lebenserhaltend behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.



#### 6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

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

Name des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

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

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

- Ich habe eine **Betreuungsverfügung** zur Auswahl des Betreuers erstellt.

Name des gewünschten Betreuers: \_\_\_\_\_

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

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

#### 7. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

\_\_\_\_\_



#### 8. Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu<sup>7</sup> (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). 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 geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor<sup>8</sup>.



**9. Schlussformel<sup>9</sup>**

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

☐

**10. Schlussbemerkungen**

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

☐☐☐☐

**11. Information/Beratung**

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert

bei/durch: \_\_\_\_\_

und beraten lassen durch: \_\_\_\_\_

**12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit**

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

*Die Einwilligungsfähigkeit kann auch, muss aber nicht notariell bestätigt werden.*

**13. Aktualisierung**

*Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig, z. B. alle zwei Jahre durch Datum und Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.*

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

☐

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

| Ort, Datum | Unterschrift | In vollem Umfang / Mit folgenden Änderungen |
|------------|--------------|---------------------------------------------|
|            |              |                                             |
|            |              |                                             |
|            |              |                                             |
|            |              |                                             |
|            |              |                                             |
|            |              |                                             |

#### *Fußnoten*

<sup>1</sup> Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

<sup>2</sup> Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

<sup>3</sup> Die Äußerung, "keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit

konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.2.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

<sup>4</sup> Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

<sup>5</sup> Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter [www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php](http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php)).

<sup>6</sup> Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

<sup>7</sup> Die Informationsbroschüren „Antworten und wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 51101 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de). Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefons beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

<sup>8</sup> Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter [www.bundesarztekammer.de/downloads/arbeitspapier\\_patientenverfuegung\\_organspende\\_18012013.pdf](http://www.bundesarztekammer.de/downloads/arbeitspapier_patientenverfuegung_organspende_18012013.pdf). Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

<sup>9</sup> Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

## **Ergänzung zu meiner P a t i e n t e n v e r f ü g u n g vom.....**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Wohnort: .....

Straße: .....

In Zeiten von Epidemien wie z.B. Corona möchte ich zu meiner Patientenverfügung folgende Änderung verfügen:

Im Falle einer Erkrankung COVID-19 durch Sars-CoV-2 oder eines ähnlich wirkenden Virus, verlange ich die Durchführung einer intensivmedizinischen Behandlung und künstlichen Beatmung, sofern dies aus medizinischer Sicht notwendig ist.

Alle anderen Punkte in meiner Patientenverfügung behalten weiterhin voll ihre Gültigkeit.

Ort/Datum:

.....

Unterschrift:

.....