



## NOTFALLMAPPE der Gemeinde Hasbergen

(Name)

Gaste

Hasbergen

Ohrbeck

Liebe Hasbergerinnen, liebe Hasberger,

auf den folgenden Seiten finden Sie eine Auswahl wichtiger Formulare und Verzeichnisse, die Ihnen im Notfall wichtige Dienste leisten können.

Auf einen Blick finden Sie wichtige Rufnummern und Kontaktdaten. Vor allem ist jedoch die Notfallmappe wichtig für Ihre Angehörigen oder medizinisches Personal, falls Sie sich in einem Notfall nicht mehr selber helfen können.

Die Angehörigen haben so einen schnellen Überblick über Ihre Medikation, die Anschrift Ihres Hausarztes und Ihre Krankenkasse. Zudem befinden sich in der Notfallmappe ein Exemplar einer Patientenverfügung, der Vordruck einer Vorsorgevollmacht und vieles mehr.

Wir machen darauf aufmerksam, dass sich die Rechtslage bei diesen Vollmachten oder Verfügungen regelmäßig ändert. Insofern macht es großen Sinn, die Mappe regelmäßig im Abstand von einigen Jahren zu aktualisieren.

Bitte informieren Sie Ihre Angehörigen über die Existenz der von Ihnen bearbeiteten Mappe und über deren Lageplatz in der Wohnung (zum Beispiel am Telefon oder am Computer).

Vermissten Sie etwas Wichtiges in der Mappe? Sprechen Sie uns gerne an - für Hinweise sind wir stets dankbar.

Wir hoffen, Ihnen eine wichtige Hilfestellung im Notfall gegeben zu haben und stehen für Ihre Fragen gerne zur Verfügung.

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Inhaltsverzeichnis	2
Meine wichtigen Telefonnummern	3
Persönliche Daten	4
Im Notfall zu benachrichtigen	5
Hausarzt und andere Ärzte	6
Krankenkasse und Pflegekasse	7
Medizinische Daten	8
Ausweise und Pässe	9
Weitere Versicherungen	10 – 12
Bestehende Verträge	13 – 16
Eigentum	17
Mitgliedschaften	18
Vorbereitung Krankenhausaufenthalt	19
Todesfall	20 – 21
Einverständniserklärung	22
Anlagen:	
- Medikamentenplan	
- Vorsorgevollmacht	
- Betreuungsverfügung	
- Patientenverfügung	
- Bestattungsverfügung	
- Konto-/Depotvollmacht	
- MEINE PATIENTENVERFÜGUNG (Mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung)	
Impressum	23



## Persönliche Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Handynummer	
E-Mail Adresse	
Konfession	
Kirchengemeinde	
Familienstand	
Name Ehegatten	
Beruf	
Steueridentifikationsnummer	

### Im Notfall zu benachrichtigende Person

Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Handynummer:

### Weitere Ansprechpartner

Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Handynummer:

### Im Notfall zu beachten

Personen, die Schlüssel zu meiner Wohnung besitzen:
---

Im Notfall wünsche ich einen Beistand durch einen Seelsorger:

Ja             Nein            Konfession: \_\_\_\_\_

Kirchengemeinde (Tel.): \_\_\_\_\_

Sonstiges:

## Hausarzt

Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/ Handynummer:

## Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin

Fachrichtung:
Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Handynummer:

Fachrichtung:
Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon/ Handynummer:

## Apotheke

Name und Ort der Apotheke:
Telefonnummer:

## Krankenkasse

Name der Krankenkasse:
Krankenversicherternummer (KVNR):
Aufbewahrung der Versichertenkarte:

## Pflegekasse

Name der Pflegekasse:		
Pflegegrad 1 / 2 / 3	seit:	
Schwerbehinderung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Evtl. Zusatzversicherung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## Medizinische Daten

Blutgruppe:		
<u>Diabetes:</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Insulin:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tabletten:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aufbewahrung des Ausweises:		
<u>Anfallsleiden</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<u>Allergien:</u> wenn ja, welche:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<u>Blutgerinnungshemmende Substanzen:</u> Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
Name des Medikamentes (z. B. Marcumar)		
<u>Bronchial-Asthma:</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name des Medikamentes		
<u>Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Knie, Hüfte, Augen):</u>		
Behinderungen:		

## Weitere Beeinträchtigungen

Zahnprothese:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sehbehinderung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Thromboseneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dialysebehandlung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Chronisches Organleiden:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## Erfolgte Operationen

Ambulante Behandlung:
Stationäre Behandlung:
Zahnärztliche Behandlung:

## Ausweise und Pässe

Personalausweisnummer: Aufbewahrung:		
Reisepass: Aufbewahrung:		
Mutterpass: Aufbewahrung:		
Organspendeausweis: Aufbewahrung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nicht vorhanden, zur Organspende bereit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Impfpass: Aufbewahrung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergiepass: Aufbewahrung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Röntgenpass: Aufbewahrung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Unterlagen:		
<input type="checkbox"/> Brillenpass		
<input type="checkbox"/> Blutspendeausweis		
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis		
<input type="checkbox"/> Implantatausweis		
<input type="checkbox"/> Diabeterausweis		
<input type="checkbox"/> sonstiges		

Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, können Sie in der anliegenden Klarsichthülle ablegen. Bei allen anderen Ausweisen und Pässen empfiehlt sich, eine Fotokopie in dieser Mappe zu hinterlegen.

## Weitere Versicherungen

### Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### Gesetzliche Rentenversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### **Privathaftpflichtversicherung**

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### **Hausratversicherung**

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### **Feuerversicherung**

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### **Gebäudeversicherung**

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### **Kraftfahrzeugversicherung**

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### **Private Rechtsschutzversicherung**

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### **Sterbegeldversicherung**

Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsnummer	
Örtliche Versicherungsagentur: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

### **Sonstige Versicherungen**

(Versicherungsart, Name, Anschrift, Telefonnummer, Versicherungsnummer): <sup>1</sup>
---

### **Folgende Versicherungen können gekündigt werden:**

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

## Bestehende Verträge

z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, etc.

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	
Laufzeit	
Aufbewahrung	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	
Laufzeit	
Aufbewahrung	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	
Laufzeit	
Aufbewahrung	

Vertragsgegenstand	
Vertragspartner	
Laufzeit	
Aufbewahrung	

# Finanzen

## Girokonten

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

## Sparkonten

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

## Weitere Konten

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
zusätzlich verfügungsberechtigt	

### **Bausparverträge**

Bausparkasse	
Bausparnummer	
Aufbewahrung	

Bausparkasse	
Bausparnummer	
Aufbewahrung	

## Verbindlichkeiten

Darlehensgeber (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Aufbewahrung:	

Darlehensgeber (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Aufbewahrung:	

Darlehensgeber (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Aufbewahrung:	

## Grund- und Immobilieneigentum

Art des Grundbesitzes (Wiese, Wald, Teich)	
Art der Immobilie (Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Gemarkung	
Flur	
Flurstück	
Grundbuch (Amtsgericht, Datum)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name Anschrift Miteigentümer	
Aufbewahrung	

Art des Grundbesitzes (Wiese, Wald, Teich)	
Art der Immobilie (Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Gemarkung	
Flur	
Flurstück	
Grundbuch (Amtsgericht, Datum)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name Anschrift Miteigentümer	
Aufbewahrung	

## Mitgliedschaften

in Vereinen, Verbänden, etc.

Mitglied bei	
Ansprechpartner (Name und Anschrift)	

Mitglied bei	
Ansprechpartner (Name und Anschrift)	

Mitglied bei	
Ansprechpartner (Name und Anschrift)	

Mitglied bei	
Ansprechpartner (Name und Anschrift)	

## Vorbereitung Krankenhausaufenthalt

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben.
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten! (Fenster/Hausnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).
- ärztliche Transport- und Krankenseinweisung
- Versichertenkarte
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- bisher einzunehmende Medikamente
- Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

Ergänzungen:

--

## Im Falle eines Todes

Mein Testament ist hinterlegt bei	
-----------------------------------	--

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft nicht leicht, einen klaren Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise sollen helfen, die erforderlichen notwendigen Schritte zu ergreifen:

1. Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt und an Wochenenden den ärztlichen Sonntagsdienst wegen der Ausstellung des Totenscheins benachrichtigen.
2. Die nächsten Angehörigen benachrichtigen (siehe auch „zu benachrichtigende Personen“ Seite 6).
3. Folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:
  - Personalausweis oder Reisepass
  - Totenschein
  - Geburtsurkunde
  - Heiratsurkunde
  - ggf. Scheidungsurteil
  - ggf. Sterbeurkunde des Ehegatten
  - Versicherungskarte, Versicherungspolice: Lebens-, Sterbegeld-, Unfallversicherung
  - Mitteilung der letzten Rentenanpassung und falls vorhanden Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag
4. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
5. Termin für Beisetzung erst mit örtlicher Verwaltung (05405/502-314 o. -315) und danach mit Pfarrer abklären.
6. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:
  - Abmeldung der / des Verstorbenen bei der zuständigen Meldestelle
  - ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
  - Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
  - Art der Bestattung abklären (Feuer-, Erd- oder Seebestattung), Friedhofswahl, evtl. Hinweise dazu Bestattungsvollmacht (siehe Anlage)

- Benachrichtigung von Bekannten, Verwandten und Arbeitgeber
  - Abmeldung von Zeitschriftenabonnements
  - Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GeZ, Miet- und Pachtverträgen
  - Kündigung von Dauer - und Abbuchungsverträgen
  - Kündigung von Versicherungen
  - Haushaltssauflösung veranlassen.
7. Am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalls bei dem Standesamt des Sterbeortes.

**Bitte mitnehmen:**

- Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
  - Todesbescheinigung
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
  - Ehe-Urkunde und Familienstammbuch bei Verheirateten
  - Nachweis über die Auflösung der Ehe bei Geschiedenen
8. Folgende Tätigkeiten können Sie auch einem Bestattungsunternehmen übertragen:
- Beantragung von Sterbegeldern und Beihilfen bei Krankenkassen, Versicherungen
  - Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorschusszahlung aus laufender Rente
  - Finanzierung der mit dem Tode zusammenhängenden Kosten
  - Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben
  - Kopien von Sterbeurkunden an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
  - Rücksprache mit zuständigen Kreditinstituten wegen zukünftiger Kontenführung
  - Kündigung laufender Verträge
  - Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
  - evtl. Danksagung bei der Tageszeitung aufgeben

**Nachlassangelegenheiten:**

- Sollte ein privates Testament in den Unterlagen vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht (Testamentseröffnung) abzugeben.
- Dort muss ein Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

### Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und die ggf. beiliegenden Kopien im Notfall von meinen Angehörigen dem behandelnden Arzt oder dem Krankenhaus übergeben werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

### Anlagen:

- Medikamentenplan
- Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung
- Bestattungsverfügung
- Konto- / Depotvollmacht



# Vollmacht

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

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

## erteile hiermit Vollmacht an

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

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

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

Fortsetzung Seite 2

## 1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- |  |    |      |
|--|----|------|
| ■ Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.   | ja | nein |
| ■ Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB). | ja | nein |
| ■ Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.   | ja | nein |
| ■ Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie   |    |      |
| über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB)  | ja | nein |
| über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)   | ja | nein |
| über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB)  | ja | nein |
| über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB)   | ja | nein |
| entscheiden.   |    |      |
| ■  |    |      |
| ■  |    |      |
| ■  |    |      |

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

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

Fortsetzung Seite 3

### 3. Behörden

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

---

■

### 4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich ja nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte 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 darf 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 soll sie **nicht** wahrnehmen können:

---

■

---

■

#### Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Fortsetzung Seite 4

## 5. Post und Fernmeldeverkehr

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

## 6. Vertretung vor Gericht

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

## 7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen. ja      nein

## 8. Betreuungsverfügung

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

## 9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus. ja      nein

## 10. Weitere Regelungen

- ---

---

---

---

---

 Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

---

 Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

# Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum

Unterschrift

# Patientenverfügung

An meine Familie, meine Ärzte

Ich der / die Unterzeichnende,

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Anschrift:

Versichere, dass ich im Falle eines unheilbaren Leiden nicht mit intensiv-medizinischen Maßnahmen am Leben erhalten werden will: Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und zu einer Zeit ab, da ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Für den Fall, dass ich einmal nicht mehr über meine eigene Zukunft entscheiden kann, soll diese Erklärung als meine letztwillige Verfügung gelten.

Sofern von zwei Ärzten, unabhängig voneinander, fachlich testiert wird, dass keine vernünftige Aussicht auf meine Gesundheit von körperlicher oder geistiger Krankheit oder von einer Schädigung besteht, von denen angenommen werden muss, dass sie mir schwere Leiden verursachen oder mir bewusstest Existieren unmöglich machen werden, fordere ich, dass man mich sterben lässt und keine lebensverlängernden intensiv-medizinischen Behandlungen mehr anwendet.

Ich fordere, dass man die notwendigen Maßnahmen anwendet, die mich von Schmerzen und großer Belastung befreien, auch wenn dadurch der Augenblick meines Todes früher eintreten würde. Eine aktive Sterbehilfe (Euthanasie) lehne ich ab.

Diese Erklärung ist von mir unterzeichnet und datiert in Gegenwart von zwei Zeugen, die durch ihre Unterschrift unter dieses Dokument auf mein Ersuchen hin meinen Willen beglaubigen.

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

Hiemit wird bestätigt, dass die Unterschrift des / der Verfassers/in in meiner Gegenwart geleistet wurde und authentisch ist.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Zeugen \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass der / die Obengenannte heute im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist und die Patientenverfügung seinen erklärten Willen darstellt.

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

# Meine Bestattungsverfügung

Name, Vorname	
evtl. Geburtsname	
Adresse	

Folgende Bestimmungen sollen nach meinem Ableben berücksichtigt werden:

- Ich wünsche eine Erdbestattung.
- Ich wünsche eine Feuerbestattung.
- Ich wünsche eine Seebestattung.
- Ich wünsche eine anonyme Bestattung.
- Ich wünsche eine teilanonyme Bestattung.

Ich möchte auf folgendem Friedhof bestattet werden:

---

In einem Familiengrab (wenn vorhanden: Grabnummer oder wer und wann zuletzt beigesetzt wurde):

- |   |   |
|---|---|
| In einem  | <input type="checkbox"/> Urnenreihengrab als Baumgrab |
| <input type="checkbox"/> Einzelreihengrab               | <input type="checkbox"/> Urnenwahlgrab                |
| <input type="checkbox"/> Wahlgrab                       | <input type="checkbox"/> anonymes Urnengrab           |
| <input type="checkbox"/> Erdreihengrab als Wiesengrab   | <input type="checkbox"/> teilanonymes Urnengrab       |
| <input type="checkbox"/> Urnenreihengrab als Wiesengrab | <input type="checkbox"/> Friedwald-Bestattung         |

Ich bin Mitglied folgender Kirchengemeinden / Glaubensgemeinschaften:
Ich wünsche eine Trauerfeier:
Ich wünsche eine Trauerfeier mit einem Pastor / einer Pastorin (welcher / welche?):
Ich wünsche eine Trauerfeier mit einem freien Trauerredner / einer Trauerrednerin:
Ich habe einen Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen bei:
Meine persönlichen Papiere / Unterlagen sind zu finden:

**Für weitere Informationen können Sie sich an einen Bestatter Ihres Vertrauens wenden!**

# Konto-/ Depot-/Schrankfachvollmacht – Vorsorgevollmacht

(Abgestimmt mit den in der Deutschen Kreditwirtschaft zusammenarbeitenden Spitzenverbänden)

## Konto-/Depot-/Schrankfachinhaber/Vollmachtgeber

Name und Anschrift	
Name und Anschrift der Bank/Sparkasse	

## Ich (nachstehend der „Vollmachtgeber“ genannt) bevollmächtige den nachstehend genannten Bevollmächtigten

Name, Vorname (auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon-Nummer

den Vollmachtgeber im Geschäftsverkehr mit der Bank/Sparkasse zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle bestehenden und künftigen Konten und Depots des Vollmachtgebers bei der vorgenannten Bank/Sparkasse und für von dem Vollmachtgeber von der Bank/Sparkasse gemietete Schrankfächer.

### Im Einzelnen gelten folgende Regelungen:

- Die Vollmacht berechtigt gegenüber der Bank/Sparkasse dazu
  - über das jeweilige Guthaben (zum Beispiel durch Überweisungen, Barabhebungen, Schecks) zu verfügen,
  - Zahlungsaufträge und Einzugsaufträge zu erteilen, zu ändern und zu widerrufen
  - Festgeldkonten und sonstige Einlagenkonten sowie Girokonten auf Guthabenbasis einzurichten,
  - eingräumte Kredite in Anspruch zu nehmen,
  - von der Möglichkeit vorübergehender Kontoüberziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch zu machen,
  - An- und Verkäufe von Wertpapieren (mit Ausnahme von Finanztermingeschäften) und Devisen zu tätigen und die Auslieferung an sich zu verlangen,
  - Abrechnungen, Kontoauszüge, Wertpapier-, Depot- und Ertragnisaufstellungen sowie sonstige die Konten/Depots und Schrankfächer betreffenden Mitteilungen und Erklärungen entgegenzunehmen und anzuerkennen,
  - Freistellungsaufträge zu erteilen oder zu ändern,
  - für sich Debitkarten\* und Zugang zum Online-Banking oder Telefonbanking zu beantragen sowie die entsprechende Online-Banking- oder Telefonbanking-Vereinbarung zu ändern.
- Die Vollmacht umfasst auch den Zugang zu den von dem Vollmachtgeber von der Bank/Sparkasse gemieteten Schrankfächern.
- Zur Erteilung von Untervollmachten ist der Bevollmächtigte nicht berechtigt.
- Die Vollmacht kann vom Vollmachtgeber jederzeit gegenüber der Bank/Sparkasse widerrufen werden. Widerruft der Vollmachtgeber die Vollmacht gegenüber dem Bevollmächtigten, so hat der Vollmachtgeber die Bank/Sparkasse hierüber unverzüglich zu unterrichten. Der Widerruf gegenüber der Bank/Sparkasse und deren Unterrichtung sollten aus Beweisgründen möglichst schriftlich erfolgen.
- Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Vollmachtgebers; sie bleibt für die Erben des verstorbenen Vollmachtgebers in Kraft. Widerruft einer von mehreren Miterben die Vollmacht, so kann der Bevollmächtigte nur noch diejenigen Miterben vertreten, die seine Vollmacht nicht widerrufen haben. In diesem Fall kann der Bevollmächtigte von der Vollmacht nur noch gemeinsam mit dem Widerrufenden Gebrauch machen. Die Bank/Sparkasse kann verlangen, dass der Widerrufende sich als Erbe ausweist.
- Zur Auflösung der Konten und Depots und zur Kündigung des Schrankfachmietvertrages ist der Bevollmächtigte erst nach dem Tode des Vollmachtgebers berechtigt; bei mehreren Konto-/Depot-/Schrankfachinhabern besteht diese Berechtigung für den von allen Konto-/Depot-/Schrankfachinhabern entsprechend bevollmächtigten Vertretern erst nach dem Tode aller Konto-/Depot-/Schrankfachinhaber.

\*Begriff institutsabhängig, zum Beispiel ec- bzw. Maestro-Karte oder Kundenkarte.

### Wichtige Hinweise für den Vollmachtgeber

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

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

Ort, Datum	
Unterschrift des Vollmachtgebers	

Der Bevollmächtigte zeichnet:

Ort, Datum	
Unterschrift des Bevollmächtigten = Unterschriftsprobe	

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

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wenn Sie diese Information in Händen halten, haben Sie sich wahrscheinlich dazu entschlossen, sich über die Möglichkeit einer **Patientenverfügung** näher zu informieren oder Sie wissen bereits, dass Sie eine solche verfassen wollen.

Dazu Hier einige Hinweise.

Ein schwerer Unfall, eine ernste Erkrankung oder einfach der altersbedingte Abbau am Ende eines langen Lebens: In vielen Fällen kann es passieren, dass man nicht mehr imstande ist, selbst über seine Behandlung zu entscheiden.

Eine **Patientenverfügung** kann dann Ärzten und Angehörigen den eigenen Willen vermitteln und festlegen, welche medizinischen Maßnahmen erwünscht sind und welchen man nicht zustimmt.

**Jeder sollte sich deshalb rechtzeitig mit diesem Thema befassen – am besten schon bei Erreichen der Volljährigkeit.** Das Problem: „Es ist nicht alltäglich, eine wirksame Patientenverfügung aufzusetzen“. Denn man kann dabei viele Fehler machen, durch die die Verfügung ungültig wird.

Dieser Text soll Ihnen helfen, die sieben größten Fehler zu vermeiden.

### **1. Nicht unterschreiben.**

So einfach es klingt: Eine Patientenverfügung bedarf der Schriftform und muss eigenhändig unterschrieben sein.

Bei ausgedruckten Exemplaren kann das leicht vergessen werden.

### **2. Unklare oder widersprüchliche Angaben.**

„Das ist der zentrale Punkt.“ Es gibt ein Leiturteil des Bundesgerichtshofes, das sehr hohe Anforderungen an die Genauigkeit der Anweisungen stellt. So reicht es z.B. nicht aus, pauschal auf „lebenserhaltende Maßnahmen“ zu verzichten, sondern es muss genau erklärt werden, welche Maßnahmen in welchem Fall erwünscht oder unerwünscht sind. Auch die Angabe „schwerer Dauerschaden des Gehirns“ hat dem Gericht nicht genügt, weil „schwer“ einen zu großen Beurteilungsspielraum zulässt. Zu Widersprüchen könne es etwa kommen, wenn ein Patient zwar Organe spenden möchte, aber gleichzeitig lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt, ohne die die Spende nicht möglich ist.

**Wegen der hohen Anforderungen und der sehr individuellen Entscheidungen sind Musterformulare aus dem Internet nicht empfehlenswert!** Hilfreich können dagegen vorgegebene Textbausteine sein, die ich Ihnen unter Bezug auf das Bundesgesundheitsministerium bei den Informationsveranstaltungen z.B. des Seniorenrat der Stadt Bad Iburg zur Verfügung stelle und die entsprechend der eigenen Wünsche kombiniert werden können.

### **3. Keine Unterstützung suchen.**

Aus Punkt 2 wird schon ersichtlich, warum es besser ist, vor der Erstellung einer Patientenverfügung Beratung einzuholen. Mit Unterstützung und nach einer Diskussion in der Gruppe ist man nicht allein im Prozess und mit gut durchdachten Entscheidungen. Man kann dann sicherer sein, dass die Patientenverfügung am Ende auch beachtet wird. So sind z.B. einige Hausärzte bereit, die Sache mit dem Patienten durchzugehen. Es gibt allerdings auch diverse kostenpflichtige Beratungsangebote.

#### **4. Die Patientenverfügung „verstecken“.**

Im Krankheitsfall muss oft vieles schnell entschieden werden. Ist die Patientenverfügung dann nicht auffindbar, nützt sie nichts. Auch die kostenpflichtige Hinterlegung bei einer auswärtigen zentralen Stelle ist nicht hilfreich.

Man braucht einen Ort, wo sie sich befindet und jemanden, der diesen Ort kennt. Wir empfehlen die vom Seniorenbeirat der Stadt Bad Iburg herausgegebene **Notfallmappe**.

#### **5. Keinen Verantwortlichen benennen.**

Damit die Patientenverfügung im Ernstfall auch umgesetzt wird, ist es sinnvoll, jemanden zu benennen, der sich darum kümmert.

Am besten geht das mit einer Vorsorgevollmacht für eine Person des Vertrauens. Diese hat dann das Recht, die Umsetzung der Patientenverfügung zu überwachen und durchzusetzen. Neben einer Vorsorgevollmacht ist eine Betreuungsverfügung sinnvoll.

#### **6. Die Patientenverfügung nicht zu aktualisieren.**

Oft wird eine Patientenverfügung erstellt, dann aber der Gedanke daran erleichtert beiseitegeschoben und das Dokument nie wieder eingesehen. Das ist aber ein Fehler; denn bei einer fünf, zehn oder zwanzig Jahre alten Willenserklärung können leicht Zweifel aufkommen, ob diese noch so gültig ist. „im Laufe des Lebens kann sich die Einstellung zu Krankheit und Sterben ändern“. Eine regelmäßig aktualisierte Patientenverfügung kann solche Zweifel ausräumen. Die Ärzte müssen existenzielle Entscheidungen über einen lebenden Menschen treffen und können ihn nicht fragen. Sie wünschen sich deshalb **klare Anweisungen, die sicher noch stimmen**.

#### **7. Einwilligungsfähigkeit nicht belegen.**

Für eine wirksame Patientenverfügung muß der Verfasser einwilligungsfähig sein. Für Menschen, die schon häufiger in psychiatrischer Behandlung waren oder bei einer beginnenden Demenz ist es sinnvoll, die Patientenverfügung in Absprache mit einem Arzt aufzusetzen und sich die Einwilligungsfähigkeit bescheinigen zu lassen.

Zum Schluss noch ein wichtiger Hinweis:

Um eine gültige Patientenverfügung zu erstellen, ist es nicht erforderlich, einen Anwalt oder Notar zu beauftragen. Dennoch kann es vorkommen, dass der Verfasser seine persönliche Patientenverfügung dort kostenpflichtig beurkunden lassen bzw. hinterlegen möchte.

**Mit diesen Dokumenten können Sie gut vorsorgen:**

##### **A) PATIENTENVERFÜGUNG**

*Darin wird festgelegt, ob und wie Sie in bestimmten Fällen behandelt werden möchten. Sichert die Selbstbestimmung im Krankheits- und Sterbefall.*

##### **B) VORSORGEVOLLMACHT**

*Sie gibt einer anderen Person das Recht, in Ihrem Namen Entscheidungen zu treffen.. Einschränkungen sind möglich, Vermeidet die Bestellung eines gerichtlichen Betreuers.*

##### **C) BETREUUNGSVERFÜGUNG**

*Alternativ oder Ergänzung zur Vorsorgevollmacht. Mit ihr kann man dem Betreuungsgericht einen Betreuer vorschlagen oder Personen ausschließen. Betreuer werden vom Gericht kontrolliert.*

##### **D) TESTAMENT**

*Die gesetzliche Erbfolge „passt“ oft nicht, gerade bei Singles und komplizierten Familienverhältnissen. Mit Testament erben die Richtigen.*

# Meine Patientenverfügung mit **Vorsorgevollmacht** und **Betreuungsverfügung**

Ich, ....., geboren am .....

Vorname, Nachname (evtl. Geburtsname)

Geburtsdatum

wohnhaft in.....

PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

bestimme für den Fall,

dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

(Zutreffendes habe ich gekennzeichnet)

*Situationen, für die die folgenden Festlegungen (1-5) gelten sollen:*

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde.
- Wenn in Folge einer direkten oder indirekten Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen / Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen (wachkomaähnlicher Zustand), die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung nach dem Alzheimer-Typus) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Eigene Beschreibung der Situation (*nur wenn sie mit Einwilligungsunfähigkeit einhergehen könnte*):

.....  
.....  
.....

(zutreffendes deutlich kennzeichnen bzw. niederschreiben)

*Festlegungen (1-5) zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen:*

- Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten. Hunger und Durst sollen so lange wie möglich auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.
- Ich wünsche menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

1.

**Wünsche ich in den oben genannten Situationen unter Umständen auch bewusstseinsdämpfende Mittel?**

- NEIN: Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel.
- JA: Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich zur Beschwerdelinderung auch bewusstseinsdämpfende Mittel.
  - Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

2.

**Wünsche ich in den oben genannten Situationen lebensverlängernde bzw. lebenserhaltende Maßnahmen?**

- JA: Alles medizinisch Mögliche soll getan werden, um mich am Leben zu erhalten.  
Ich wünsche z.B. die Durchführung künstlicher Blutwäsche (Dialyse) und künstlicher Beatmung, wenn diese Maßnahmen ärztlicherseits noch angeboten werden bzw. medizinisch indiziert sind.
  - Auch fremdes Gewebe und Organe wünsche ich, wenn damit mein Leben verlängert werden könnte.
- NEIN: Es sollen keine lebenserhaltenden Maßnahmen wie Dialyse (Blutwäsche) u.ä. durchgeführt bzw. schon eingeleitete eingestellt werden.
  - Es soll auch keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt werden, 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.

3.

**Wünsche ich in den oben genannten Situationen künstlich ernährt zu werden (durch Sonde oder venöse Zugänge)?**

- JA: Wenn ich selbst nichts mehr zu mir nehmen kann, soll künstliche Ernährung unabhängig von meinem Krankheitszustand und meiner Lebenserwartung begonnen oder weitergeführt werden.
- NEIN: Es soll keine künstliche Ernährung mehr erfolgen, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung (z.B. Magensonde durch Nase oder Bauchdecke, oder venöse Zugänge). Auch in den oben genannten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen.
  - Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll dann ebenfalls unterlassen werden, es sei denn, sie ist in vermindertem Maße palliativmedizinisch erforderlich, z.B. zur Verabreichung lindernder Medikamente.

4.

**Wünsche ich in den oben genannten Situationen Antibiotika, Blut/Blutbestandteile u.ä. zur Lebensverlängerung?**

- JA: Ich wünsche deren Gaben, falls damit mein Leben verlängert werden kann.
- NEIN: Ich erlaube deren Gaben nur, falls sie zur Linderung meiner Beschwerden erforderlich sind.

**5.**

**Wünsche ich in den oben genannten Situationen Versuche zur Wiederbelebung bei akutem Herz-/Kreislaufstillstand?**

- JA: Ich wünsche dann Versuche zur Wiederbelebung
- NEIN: In den oben genannten Situationen wünsche ich keine Versuche zur Wiederbelebung.
  - Ein Notarzt soll nicht verständigt werden bzw. ein ggf. hinzugezogener Notarzt soll unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

*Zusätzliche Angaben zur obigen Patientenverfügung*

**6. Behandlungsort**

Ich möchte

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.
- dort sterben, wo meine Würde, Versorgung und Selbstbestimmung am besten gewahrt sein werden.

**7. Beistand am Lebensende**

Ich möchte

- menschlichen /  spirituellen /  fachlichen

Beistand durch

- folgende Personen: .....
- Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:.....
- Hospiz- oder Palliativdienst:.....  
Benennung von Ärztin / Arzt des Vertrauens:.....

**8. Aussagen zur Durchsetzung, Auslegung und Verbindlichkeit**

- Sollte eine Ärztin oder 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 meiner Vertreterin/meinem Vertreter erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Die Patientenverfügung gilt verbindlich. Solange ich sie nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.
- Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte / das Behandlungsteam / mein(e) Vertreter(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 in Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.
- Die letzte Entscheidung über medizinische und pflegerische Maßnahmen bzw. meinen mutmaßlichen Willen soll erfolgen durch meine(n) Bevollmächtigte(n) nach ärztlicher Aufklärung über meinen akuten Zustand.

## 9. Bevollmächtigung von Vertrauensperson(en) für die spätere Vorlage der Patientenverfügung

Ich möchte in einer Vorsorgevollmacht für gesundheitliche Angelegenheiten („medizinische Patientenanzwaltschaft“) folgende Person(en) bevollmächtigen, meinen hier zum Ausdruck gebrachten Willen zu vertreten, wenn ich dazu nicht mehr in der Lage bin:

1. Bevollmächtigte(r) .....

Vorname, Nachname (evtl. Geburtsname)

.....  
PLZ, Ort

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Telefon

2. Bevollmächtigte(r).....  
Vorname, Nachname (evtl. Geburtsname)

.....  
PLZ, Ort

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Telefon

Die oben genannten Personen sollen mich auch in finanziellen und rechtsgeschäftlichen Angelegenheiten vertreten.

## 10. Erlaubnis zur Organspende?

JA: Ich stimme einer Organentnahme nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

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, Intensivmedizinische Maßnahmen zur Vorbereitung der Organentnahme sind für die notwendige Zeit dann erlaubt.

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

NEIN: Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach dem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## 11. Schlussbemerkungen / Hinweis auf Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und beraten lassen von: .....

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner hier getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Insbesondere, soweit ich bestimmte medizinische Maßnahmen und Eingriffe wünsche, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

## 12. Hinweis auf beigefügte Wertvorstellungen

Als Interpretationshilfe zu dieser Patientenverfügung werde ich eine persönliche Darstellung erstellen und beifügen. Diese gilt v.a. für nicht ausdrücklich bzw. hinreichend konkret geregelte Situationen. Ansonsten ist für diese mein mutmaßlicher Wille (gemäß der Optionen in Frage 8) zu ermitteln.

Ich erstelle keine zusätzliche persönliche Darstellung, da ich darauf vertraue, dass in dieser Patientenverfügung mein Wille deutlich erkennbar ist.





## Impressum

Herausgeber

Gemeinde Hasbergen  
Martin-Luther-Str. 12  
49205 Hasbergen

Postfach 54  
49202 Hasbergen

Tel.: 05405/502-0  
Fax: 05405/502-66  
Mail: [info@gemeinde-hasbergen.de](mailto:info@gemeinde-hasbergen.de)  
Homepage: [www.hasbergen.de](http://www.hasbergen.de)

Die Gemeinde Hasbergen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie wird vertreten durch den Bürgermeister, Herrn Adrian Schäfer.

Die Gemeinde Hasbergen übernimmt keinerlei Haftung für die Verwendung der Notfallmappe.