

# Die Notfall-Mappe

 auch  
als PDF  
zum Ausfüllen  
am PC



# Diese Notfall-Mappe gehört

---

Sie enthält alle wichtigen Informationen,  
die im Notfall von Bedeutung sind:  
persönliche und medizinische Daten,  
Handlungs-Anweisungen,  
Vorsorge-Vollmachten  
und Verfügungen.

Herausgegeben vom Saarländischen Ministerium für  
Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Der Inhalt dieser Notfall-Mappe beruht auf den Grundlagen  
der Notfall-Mappe des Hessischen Sozialministeriums in  
Kooperation mit der Landes-Seniorenvertretung Hessen.



## Liebe Bürgerinnen und Bürger,

wie unsere Zukunft aussieht? Diese Frage können wir heute nicht beantworten, denn jeder von uns kann ganz plötzlich einer Krankheit er-

liegen, einen Unfall erleiden, oder eben dies geschieht einem unserer Angehörigen.

Was ist zu tun, wenn wir einen Unfall haben oder eine Krankheit erleiden? Dann müssen viele organisatorische Dinge geregelt werden, für die wir in diesem Moment unter Umständen „gar keinen Kopf haben“.

Mit der vorliegenden Mappe möchten wir es Ihnen und Ihren Angehörigen erleichtern, diese organisatorischen Dinge zu klären.

Wenn Sie die Dokumente, die in der Mappe enthalten sind, bereits gut aufbewahrt wissen, können Sie sicher sein, dass Ihre persönlichen Angelegenheiten nach Ihrem Wunsch geregelt werden.

Damit möchten wir Ihnen ein Stück Sicherheit bieten. Die Sicherheit, vorgesorgt zu haben. Die Sicherheit, dass Ihre Familie, Ihre Freunde und Bekannten darauf zurückgreifen und in Ihrem Sinne entscheiden und handeln können.

Mit der Notfall-Mappe wollen wir Ihnen helfen, Ihre Zukunft, auch im Notfall, bereits jetzt zu gestalten, und Ihnen das Gefühl geben, vorgesorgt zu haben, für alles, was die Zukunft bringt.

Ihr  


**Andreas Storm**

Minister für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie

### Hinweis:

Diese Notfall-Mappe ist als Loseblatt-Sammlung konzipiert und wegen der besseren Handhabung für den einseitigen Ausdruck gedacht.

Wenn Sie die Blätter zweiseitig ausdrucken, können Verschiebungen auftreten.

<b>1. Persönliche Daten</b>	<b>4</b>
1.1 Zu meiner Person	5
1.2 Familie	7
1.3 Beruf/Berufliches	9
1.4 Im Notfall zu benachrichtigen	10
1.5 Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en	10
1.6 Wichtige Rufnummern	12
1.7 Rente/Versorgung	13
1.8 Krankenversicherung	16
1.9 Pflegeversicherung	17
<b>2. Krankheiten /Diagnosen/Berichte</b>	<b>18</b>
2.1 Persönliche Daten und wichtige Rufnummern	19
2.2 Ärzte und Ärztinnen	19
<b>3. Medikamenten-Liste</b>	<b>21</b>
<b>4. Medizinische Daten</b>	<b>23</b>
4.1 Gesundheitszustand	24
<b>5. Notfall-Ausweis/e und Organspende-Ausweis</b>	<b>27</b>
5.1 Notfall-Ausweis/e	28
5.2 Organspende-Ausweis	28
<b>6. Informationen über Patienten oder Patientinnen mit einer Demenz</b>	<b>29</b>
6.1 Informationen bei der Aufnahme in ein Krankenhaus	30
6.2 Wichtige zusätzliche Informationen zur Demenz	37

<b>7.</b>	<b>Vorsorge-Dokumente</b>	<b>39</b>
7.1	Vorsorge-Vollmacht, Betreuungs- und Patienten-Verfügung	40
7.2	Vorsorge-Vollmacht	41
7.3	Vorsorge-Verfügung/en	42
7.4	Was ist eine Vorsorge-Vollmacht/ Betreuungs-Verfügung?	43
7.5	Muster – Vorsorge-Vollmacht	49
7.6	Muster – Betreuungs-Verfügung	53
7.7	Was ist eine Patienten-Verfügung?	54
7.8	Muster – Patienten-Verfügung	56
<b>8.</b>	<b>Konto-/Depot-Vollmacht und Finanzen</b>	<b>61</b>
8.1	Konto-/Depot-Vollmacht – Vorsorge-Vollmacht	62
8.2	Finanzen	64
8.3	Verbindlichkeiten	65
8.4	Hinweise auf bestehende Verträge	65
8.5	Fahrzeug/e	66
<b>9.</b>	<b>Versicherungen und Mitgliedschaften</b>	<b>67</b>
9.1	Fahrzeug-/Verkehrs-Versicherungen	68
9.2	Sach- und Haftpflicht-Versicherung/en	70
9.3	Mitgliedschaften	72
<b>10.</b>	<b>Checklisten</b>	<b>73</b>
10.1	Checkliste vor Einlieferung ins Krankenhaus	74
10.2	Checkliste für den Fall meines Todes	75
<b>11.</b>	<b>Notfall-Ausweis</b>	<b>79</b>

# 1. Persönliche Daten

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

## 1.1 Zu meiner Person

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

---

E-Mail-Adresse

---

Konfession

---

Kirchengemeinde

---

Taufe/Sonstiges

---

Familienstand

---

Name des Ehegatten  
oder der Ehegattin

---

Vorname/n

## Angaben zum Ehegatten oder der Ehegattin

\_\_\_\_\_  
Familienstand                                  Name des Ehegatten oder der Ehegattin                  Vorname/n

\_\_\_\_\_  
Evtl. frühere/r Name/n des Ehegatten oder der Ehegattin

\_\_\_\_\_  
Wohnung des Ehegatten oder der Ehegattin

\_\_\_\_\_  
Telefon des Ehegatten oder der Ehegattin                                  Mobiltelefon des Ehegatten oder der Ehegattin

\_\_\_\_\_  
Tag und Ort der Eheschließung                                  Standesamt

\_\_\_\_\_  
Verwahrung der Urkunde/des Stammbuches

**Bei Tod des Ehegatten oder  
der Ehegattin:**

\_\_\_\_\_  
Verwahrung der Sterbeurkunde

\_\_\_\_\_  
Güterstand, Ehevertrag

\_\_\_\_\_  
Verwahrung des Ehevertrags

**Bei Scheidung:**

\_\_\_\_\_  
Datum                                  Gericht

\_\_\_\_\_  
Verwahrung des Scheidungsurteils

**Bei eingetragener Lebenspartnerschaft**

\_\_\_\_\_  
Name des Partners oder der Partnerin                                  Vorname des Partners oder der Partnerin

\_\_\_\_\_  
Vermögensstand

\_\_\_\_\_  
Verwahrung des Partnerschaftsvertrags



## 1.2 Familie

### Kinder und deren Kinder

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

.....

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

.....

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

**Eltern, Geschwister**

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon  
.....

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon  
.....

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.3 Beruf/Berufliches

\_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit/en

\_\_\_\_\_  
Personalnummer

\_\_\_\_\_  
Name des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Straße des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Ort des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Telefon des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse des Arbeitgebers

### Bei Selbständigkeit

\_\_\_\_\_  
Name der Firma

\_\_\_\_\_  
Straße der Firma

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl der Firma

\_\_\_\_\_  
Ort der Firma

\_\_\_\_\_  
Telefon der Firma

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse der Firma

\_\_\_\_\_  
Handelsregister

\_\_\_\_\_  
Finanzamt

\_\_\_\_\_  
Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

\_\_\_\_\_  
Berufsunfähigkeitsversicherung

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.4 Im Notfall zu benachrichtigen

---

 Name

---

 Vorname

---

 Straße

---

 Hausnummer

---

 Postleitzahl

---

 Ort

---

 Telefon

---

 Mobil

.....

---

 Name

---

 Vorname

---

 Straße

---

 Hausnummer

---

 Postleitzahl

---

 Ort

---

 Telefon

---

 Mobil

.....

## 1.5 Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en

---

 Name

---

 Vorname

---

 Name

---

 Vorname

---

 Name

---

 Vorname

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

**Schlüssel**

**Personen, die für meine Wohnung/Zweitwohnung/Büro/Lager/Garage  
oder sonstige Räume/Behältnisse Schlüssel besitzen**

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

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

.....

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

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

.....

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

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.6 Wichtige Rufnummern

### Mein Hausarzt oder meine Hausärztin

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

.....

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

.....

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

.....

### Mein ambulanter Pflegedienst

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

.....

### Notdienst/Krankentransport

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

.....

### Amtsgericht

\_\_\_\_\_  
Sachbearbeitung

\_\_\_\_\_  
Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.7 Rente/Versorgung

### Deutsche Rentenversicherung

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer/n

\_\_\_\_\_  
Bescheid/e vom

\_\_\_\_\_  
Verwahrung des Rentenbescheids

### Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Verwahrung des Rentenbescheids



### Private Rentenversicherung/en

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Verwahrung der Unterlagen



### Weitere Altersvorsorge/n

\_\_\_\_\_  
Hinweise auf Art der Vorsorge

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

**Beamtenversorgung**

\_\_\_\_\_  
 Amt/Firma/Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin

\_\_\_\_\_  
 Telefon

\_\_\_\_\_  
 Personalnummer/Aktenzeichen

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

\_\_\_\_\_  
 Verwahrung der Unterlagen

**Sterbegeldversicherung**

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Versicherungssumme

\_\_\_\_\_  
 Bezugsberechtigte Person: Name und Vorname

\_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

\_\_\_\_\_  
 Telefon

\_\_\_\_\_  
 Bezugsberechtigte Person: Name und Vorname

\_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

\_\_\_\_\_  
 Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.



**Lebensversicherung/en**

---

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnehmende Person

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Verwahrung der Unterlagen**Private Unfallversicherung/en**

---

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnehmende Person

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Verwahrung der Unterlagen**Gesetzliche Unfallversicherung/en, Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft**

---

Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft

---

Versicherungsnehmende Person

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.8 Krankenversicherung

### Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

### Besonders wichtig – Versicherungskarte!

\_\_\_\_\_  
 Verwahrung der Krankenversicherungskarte



### Private Krankenversicherung/en

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Versicherungssumme

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

\_\_\_\_\_  
 Verwahrung der Unterlagen



### Private Krankenzusatzversicherung/en

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Versicherungssumme

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

\_\_\_\_\_  
 Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.9 Pflegeversicherung

### Pflegeversicherung/en

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungssumme

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Verwahrung der Unterlagen



### Private Pflege-Zusatzversicherungen gem. § 126ff SGB XI

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungssumme

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 2. Krankheiten/ Diagnosen/Berichte

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

- Ausdrucke Ihres Hausarztes oder Ihrer Hausärztin oder des zurzeit behandelnden Arztes oder Ärztin
- Krankenhaus-Berichte aus letzter Zeit

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

## 2.1 Persönliche Daten und wichtige Rufnummern

Familienstand  ledig  verheiratet  verwitwet

Wohnsituation  alleinlebend  nicht alleinlebend

Pflegestufe beantragt  keine  1  2  3

Betreuungsleistung  Grundbetrag 100 Euro  erhöhter Betrag 200 Euro

Vorsorge-Vollmacht  ja  nein (siehe Kopie im Anhang)

Patienten-Verfügung  ja  nein (siehe Kopie im Anhang)

## 2.2 Ärzte und Ärztinnen

### Mein Hausarzt oder meine Hausärztin

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

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

### Mein Neurologe/Psychiater – Meine Neurologin/Psychiaterin

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

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

**Weitere Fachärzte oder Fachärztinnen**

---

Fachrichtung

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

---

.....

---

Fachrichtung

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

---

.....

**Weitere Ansprechpartner oder Ansprechpartnerinnen**

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

# 3. Medikamenten-Liste

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

- Eine aktuelle Medikamenten-Liste Ihres Hausarztes oder Ihrer Hausärztin und/oder des Facharztes oder der Fachärztin
- Eine aktuelle Medikamenten-Liste Ihrer Apotheke
- Ergänzende Erläuterungen zu den Medikamenten-Listen

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.





# 4. Medizinische Daten

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

## 4.1 Gesundheitszustand

Blutgruppe

---

Gegenwärtige Krankheiten

---

Behandelnder Arzt oder Ärztin

Telefon

---

Chronische Krankheiten

---

Behandelnder Arzt oder Ärztin

Telefon

---

**Diabetes**

Ja

Nein

Verwahrung des Ausweises

---

Insulin

Ja

Nein

Tabletten

Ja

Nein

---

**Anfallsleiden**

Ja

Nein

Wenn ja, welche

---



---



---



---

**Allergien**

Ja

Nein

Wenn ja, welche

---



---



---



---

**Medikamente**


---



---



---



---

**Dauermedikation**

Name des Medikaments  einzunehmen (morgens – mittags – abends– nachts)

Name des Medikaments  einzunehmen (morgens – mittags – abends– nachts)

Name des Medikaments  einzunehmen (morgens – mittags – abends– nachts)

Name des Medikaments  einzunehmen (morgens – mittags – abends– nachts)

**Blutgerinnung**

(Marcumar)

Ja Nein 


---



---

**Implantate**Ja Nein 

Wenn ja, welche

---



---

**Ambulante Behandlungen**


---



---

**Stationäre Behandlungen**


---



---

**Operationen**

\_\_\_\_\_  
Datum                      Ort                      Krankenhaus oder Praxis

\_\_\_\_\_  
Datum                      Ort                      Krankenhaus oder Praxis

\_\_\_\_\_  
Datum                      Ort                      Krankenhaus oder Praxis

**Behinderung/en**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes**

\_\_\_\_\_  
Ausstellungsdatum                      Aktenzeichen

\_\_\_\_\_  
Datum der Antragstellung

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 5. Notfall-Ausweis/e und Organspende-Ausweis

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder  
Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

## 5.1 Notfall-Ausweis/e

**Röntgen-Pass**

Ja

Nein

---

Verwahrung

---

**Diabetiker-Ausweis** (siehe Kapitel Medizinische Daten, Seite 24)

**Impf-Nachweis**

Ja

Nein

---

Verwahrung

---

**Impf-Pass**

Ja

Nein

---

Verwahrung

---

**Allergie-Pass**

Ja

Nein

---

Verwahrung

---

## 5.2 Organspende-Ausweis

**Zur Organspende bereit**

Ja

Nein

keine Entscheidung

---

Verwahrung des Ausweises, der Unterlagen

---

---

# 6. Informationen über Patienten oder Patientinnen mit einer Demenz

Bitte denken Sie daran, diese Unterlagen bei jeder gesundheitlichen Veränderung auf den neusten Stand zu bringen.

## 6.1 Informationen bei der Aufnahme in ein Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

.....

### Angehörige

(Ehe-)Partner oder Partnerin

Sohn oder Tochter

andere

\_\_\_\_\_  
Name der oder des Angehörigen

\_\_\_\_\_  
Vorname der oder des Angehörigen

\_\_\_\_\_  
Straße der oder des Angehörigen

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

.....

### Rechtliche betreuende Person

\_\_\_\_\_  
Name der rechtlichen betreuenden Person

\_\_\_\_\_  
Vorname der rechtlichen betreuenden Person

\_\_\_\_\_  
Straße der rechtlichen betreuenden Person

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon



**Patienten-Verfügung/Vorsorge-Vollmacht vorhanden** Ja  Nein

Verwahrungsort

---



**Kontaktaufnahme erwünscht bei**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zunehmender Unruhe der kranken Person | <input type="checkbox"/> fehlender Kooperation in Pflegesituationen        |
| <input type="checkbox"/> Einleitung von Schutzmaßnahmen        | <input type="checkbox"/> Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme |

Sonstiges

---

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> rund um die Uhr             | <input type="checkbox"/> nur von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Angehörige oder Angehöriger | <input type="checkbox"/> Betreuende Person           |

**Verhalten**

Wünsche und Vorlieben

---

---

Ärger /abwehrendes Verhalten bei

---

---

Angst bei

---

---

Weglauf-Tendenzen

---

---

.....

**Nähe und Distanz**

Der Patient oder die Patientin  reagiert positiv auf Körperkontakt  hält lieber Distanz

Situationen in denen der Patient oder die Patientin abrupt ablehnend reagiert

---

---

.....

**Sonstige Gewohnheiten die beachtet werden sollen**

Zur Entspannung

---

---

Zum Einschlafen

---

---

In Stress-Situationen

---

---

In Pflege-Situationen

---

---

### Eingeschränktes Sehen

leicht                       schwer                       Brille vorhanden

### Eingeschränktes Hören

leicht                       schwer                       Hörgerät vorhanden

### Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis

ist weitgehend erhalten     kurze Fragen werden verstanden     ist sehr eingeschränkt, z. B. auf prägnante Worte

Sprachverständnis fehlt     Gesten werden verstanden

### Sprache und Sprechfähigkeit

sind weitgehend erhalten     kurze Sätze können gebildet werden     sind sehr eingeschränkt, z. B. nur einzelne Wörter können gebildet werden

\_\_\_\_\_ nicht möglich, weil  
\_\_\_\_\_

### Gewohnheiten im Tagesablauf

\_\_\_\_\_ **morgens** (z. B. zuerst Frühstück)  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **mittags** (z. B. Ruhepause)  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **abends** (z. B. Getränke, Rituale)  
\_\_\_\_\_

### **Körperpflege**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Körperpflege selbstständig      | <input type="checkbox"/> wäscht sich am Waschbecken selbst |
| <input type="checkbox"/> benutzt Waschlappen/-handschuh  | <input type="checkbox"/> bevorzugt Wannenbad               |
| <input type="checkbox"/> wäscht Oberkörper selbstständig | <input type="checkbox"/> bevorzugt Dusche                  |

### **Hilfestellung**

Nötig bei?

---

### **Abwehrendes Verhalten**

Bei?

---

---

### **Risiken (z. B. Empfindlichkeiten)**

Welche?

---

---

### **Ausscheiden**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolle der Blase | <input type="checkbox"/> Kontrolle des Darms | <input type="checkbox"/> erkennt Toilette |
|--|--|---|

Feste Toilettenzeiten

---

### **Hilfsmittel**

- |                                      |                                      |                                   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Steckbecken | <input type="checkbox"/> Einlagen |
| <input type="checkbox"/> Vorlage     |                                      |                                   |

Feste Toilettenzeiten

---

---

---

**Essen und Trinken**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> erkennt Essen                | <input type="checkbox"/> erkennt Getränke                 | <input type="checkbox"/> isst selbstständig                         |
| <input type="checkbox"/> trinkt selbstständig         | <input type="checkbox"/> braucht Ansprache/<br>Erinnerung | <input type="checkbox"/> benötigt Zeit/Geduld<br>bei den Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Besteck in die Hand<br>legen | <input type="checkbox"/> Hand führen/<br>Bewegung führen  | <input type="checkbox"/> isst mit den Fingern                       |
| <input type="checkbox"/> Gebiss vorhanden             | <input type="checkbox"/> tägliche Trinkmenge _____ ml     |   |

**Risiken (z. B. Verschlucken)**

Welche?

---

---

**Bevorzugte Speisen und Getränke**

Welche?

---

**Abneigung/Unverträglichkeiten**

Welche?

---

**Hilfestellung**

Bei?

---

**Abwehrendes Verhalten**

Bei?

---

---

**An- und Auskleiden**

**Lieblingskleidungsstücke**

Welche?

---

---

**Besonderheiten**

Welche?

---

---

**Abwehrendes Verhalten**

Wobei?

---

---

**Ruhen und Schlafen**

Ruhen und Schlafen ohne Probleme

Einschlafstörungen

Toilettengänge gegen \_\_\_\_\_ Uhr

nächtliches Aufstehen

geht zu Bett gegen \_\_\_\_\_ Uhr

wacht auf gegen \_\_\_\_\_ Uhr

**Einschlafgewohnheiten**

Welche?

---

---

**Einschlafstörungen/nächtliche Unruhe**

Was hilft?

---

---

---

## 6.2 Wichtige zusätzliche Informationen zur Demenz

### Wichtige Personen im Leben

---

 Name

---

 Vorname

---

 Name

---

 Vorname

---

 Name

---

 Vorname


Reagiert die Person auf bestimmte „Schlüsselwörter“?

Ja

Nein



---

 Wenn ja, welche?

---



---



---



### Was die Person gar nicht mag

---



---



---



### Besondere Bemerkungen

Bitte notieren Sie hier Dinge, die jemand wissen sollte, der den an Demenz erkrankten Menschen findet.

---



---



---

**Wichtig im Kontakt mit der kranken Person sind**

---

Religion

---

Regionale Herkunft/Heimat

---

Muttersprache/Dialekt

---

Ehemaliger Beruf (z. B. Handwerk)

---

Stolz/Bedeutsames

---

---

---

Früherer Wohnort

---

Frühere Wohnverhältnisse

---

Früherer eigener Beruf

---

Telefon

---

Hobbys/Vorlieben

---

ehemalige Hobbys/Vorlieben

---

Prägende traumatische Erlebnisse

---

---

---



# 7 Vorsorge-Dokumente

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

- Vorsorge-Vollmacht
- Betreuungs-Verfügung
- Patienten-Verfügung

## 7.1 Vorsorge-Vollmacht, Betreuungs- und Patienten-Verfügung

### 1 Die Vorsorge-Vollmacht

Mit der Vorsorge-Vollmacht wird eine Vertrauensperson für bestimmte Bereiche, z. B. für gesundheitliche oder finanzielle Angelegenheiten, bevollmächtigt. Die bevollmächtigte Person verschafft dem Willen der aktuell nicht mehr einwilligungsfähigen vollmachtgebenden Person Ausdruck und Geltung.

### 2 Die Betreuungs-Verfügung

Eine Betreuungs-Verfügung ist eine bestimmte Willensäußerung einer Person für den Fall der Anordnung einer Betreuung. Ein solcher Fall liegt beispielsweise vor, wenn ein Patient oder eine Patientin infolge einer Krankheit seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann, und deshalb eine betreuende Person bestellt werden muss. Das Vormundschaftsgericht muss diesem Wunsch folgen.

### 3 Die Patienten-Verfügung

In der Patienten-Verfügung wird festgelegt, welche Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe stattfinden oder unterlassen werden sollen. Die bevollmächtigte oder betreuende Person prüft, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.

## 7.2 Vorsorge-Vollmacht

### Vorsorge-Vollmacht

Ja Nein 

Inhalt in Stichworten (Medizinische/gesundheitliche, rechtsgeschäftliche Vollmacht für folgende Angelegenheiten/Generalvollmacht mit Gesundheitsvorsorge auch bei Lebensgefahr und Gefahr für schwere oder länger dauernde Gesundheitsschäden, § 1904 Abs. 1 BGB)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Verwahrung

Eingetragen

Bevollmächtigte Person



### Personen, die informiert sind

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

## 7.3 Vorsorge-Verfügung/en

**Patienten-Verfügung**

Ja

Nein

Verwahrung

---



---

**Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben**

(Hausarzt oder Hausärztin, Pflegestation, Angehörige, befreundete Person/en)

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

**Person/en, die Vollmacht haben, meine Patienten-Verfügung durchzusetzen**

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

Name

Vorname

**Betreuungs-Verfügung**

Ja

Nein

---



---



---

## 7.4 Was ist eine Vorsorge-Vollmacht/Betreuungs-Verfügung?

### Nehmen Sie sich etwas Zeit ...

... um diese Erläuterungen zur Erteilung einer Vollmacht zu lesen und zu verstehen – es ist einfacher, als Sie glauben.

#### 1 Viele Gründe sprechen für eine Vollmacht zur Vorsorge

Die Vollmacht zur Vorsorge ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Sie benennen eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens, die bereit sind, für Sie im Bedarfsfall zu handeln. Hierbei können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse darlegen sowie zusätzlich Anweisungen geben, wie Ihre Angelegenheiten geregelt werden sollen. Es ist sehr zweckmäßig, nach Möglichkeit die gewünschten Bevollmächtigten (z. B. Angehörige oder befreundete Personen) bereits bei der Abfassung der Vollmacht mit einzubeziehen.

#### 2 Auch eine Vollmacht hat gewisse Einschränkungen.

Eine Vollmacht (oder General-Vollmacht) kann etwa zur Vertretung in allen Angelegenheiten ermächtigen. Sie deckt aber mehrere wichtige Fälle nicht ab:

Die bevollmächtigte Person kann an Ihrer Stelle keiner ärztlichen Untersuchung, einer Heilbehandlung oder einem medizinischen Eingriff zustimmen, wenn hierbei Lebensgefahr besteht (etwa bei einer Herzoperation) oder ein schwerer, länger andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist (z. B. bei einer Amputation).

#### Wichtig:

Auch die durch eine Vorsorge-Vollmacht bevollmächtigte Person benötigt in diesen Fällen die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

Die bevollmächtigte Person kann an Ihrer Stelle nicht in eine zu Ihrem Schutz notwendige geschlossene Unterbringung oder in eine andere freiheitsbeschränkende Maßnahme (etwa ein Bettgitter) einwilligen.

#### Wichtig:

Auch hier benötigt die in einer Vorsorge-Vollmacht zu diesen Eingriffen bevollmächtigte Person die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

**Die bevollmächtigte Person** kann an Ihrer Stelle nicht in eine Organspende einwilligen. In diesen Fällen verlangt das Gesetz, dass die schriftliche Vollmacht diese Befugnisse ausdrücklich bezeichnet. Eine »Generalvollmacht« genügt also nicht. Außerdem braucht die bevollmächtigte Person in den ersten beiden Fallgruppen für ihre Entscheidung die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

#### Wichtig:

Beachten Sie bitte, dass in einigen ausländischen Staaten die bevollmächtigte Person nur in Angelegenheiten handeln darf, die in der Vollmacht ausdrücklich benannt sind.

Aber auch im Übrigen empfiehlt es sich, in der Vollmacht genauer zu bezeichnen, wozu sie im Einzelnen ermächtigen soll.

Grundsätzlich ist es möglich, die Vollmacht nur auf bestimmte Aufgabengebiete zu beschränken (z.B. nur für den Gesundheitsbereich). Dies bedeutet aber, dass im Bedarfsfall für die anderen Aufgaben möglicherweise eine betreuende Person bestellt werden muss. Selbst wenn die bevollmächtigte Person vom Gericht auch für die ergänzenden Aufgaben als betreuende Person ausgewählt werden kann: Ein Nebeneinander von Vollmacht und Betreuung sollte besser vermieden werden.

### **3 Eine Vollmacht kann sehr individuell abgefasst werden.**

Aus Gründen der Klarheit und Beweiskraft ist eine schriftliche Abfassung der Vollmacht notwendig. Die Vollmacht zur Vorsorge muss nicht handschriftlich verfasst sein (in diesem Fall wäre allerdings die Gefahr der Fälschung am geringsten). Sie können eine Vollmacht auch mit Maschine schreiben oder von einer anderen Person schreiben lassen. Schließlich können Sie sich auch eines geeigneten Vordruckmusters – ein solches befindet sich auf Seite Medizinische Daten, Seite 49 – hierfür bedienen. Ort, Datum und vollständige eigenhändige Unterschrift dürfen jedoch keinesfalls fehlen.

Soll die bevollmächtigte Person auch über mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringung oder über freiheitsentziehende Maßnahmen entscheiden können, so müssen diese Maßnahmen ausdrücklich in der Vollmacht benannt sein. Das Gleiche gilt, wenn die bevollmächtigte Person über gefährliche Eingriffe oder in einer Patienten-Verfügung niedergelegte Wünsche entscheiden können soll.

Bei der Abfassung einer Vollmacht können Sie selbstverständlich auch den Rat eines Rechtsbeistandes oder notariellen Beistand einholen. Dies ist besonders dann zu empfehlen, wenn Sie z.B. umfangreiches Vermögen besitzen, mehrere bevollmächtigte Personen einsetzen oder neben der Vollmacht sehr eingehende Handlungsanweisungen an die bevollmächtigte(n) Person(en) festlegen wollen.

Die notarielle Beurkundung ist dann notwendig, wenn die Vollmacht auch zur Darlehensaufnahme berechtigen soll. Soll die Vollmacht auch zum Erwerb oder zur Veräußerung von Grundstücken berechtigen, so ist zumindest die öffentliche Beglaubigung der Echtheit der Unterschrift der vollmachtgebenden Person erforderlich.

Diese Beglaubigung kann durch Notare oder eine verantwortliche Person der örtlich zuständigen Betreuungsbehörde vorgenommen werden. Soll die Vollmacht auch zur Verfügung über Bankguthaben berechtigen, so empfiehlt es sich, die Unterschrift beglaubigen zu lassen oder diese in Gegenwart einer bei der Bank tätigen Person zu leisten. Damit können Sie Zweifel an der Echtheit und Identität Ihrer Unterschrift beseitigen.

### **4 Dem Missbrauch einer Vollmacht kann man weitgehend vorbeugen.**

Eine Vollmacht zur Vorsorge gibt – je nach ihrem Umfang – den bevollmächtigten Personen gegebenenfalls sehr weitreichende Befugnisse. Deshalb ist die wichtigste Voraussetzung hierfür Ihr Vertrauen zu der Person, die Sie womöglich bis zu Ihrem Lebensende mit dieser Vollmacht ausstatten wollen.

Dies wird in der Regel eine angehörige oder eine Ihnen sonst sehr nahe stehende Person sein. Die Bevollmächtigung von Personen oder Vereinen, die eine solche Rechtsbesorgung geschäftsmäßig anbieten, wäre nur dann zulässig, wenn die bevollmächtigte bzw. die für den Verein handelnde Person, etwa als Rechtsbeistand, zur berufsmäßigen Rechtsbesorgung befugt ist.

Auch bei Bevollmächtigung einer Vertrauensperson müssen Sie nicht auf Vorkehrungen gegen Missbrauch verzichten (z. B. Kontroll- bzw. Widerrufsrecht für Dritte oder Bestellung mehrerer bevollmächtigter Personen).

Sie können für verschiedene Aufgabengebiete (z. B. Gesundheits- und Vermögensangelegenheiten) jeweils eine eigene bevollmächtigte Person einsetzen. Allerdings benötigt dann jede eine eigene Vollmachtsurkunde. Dazu können Sie das dieser Mappe beigefügte Formular mehrfach verwenden.

Wenn Sie mehrere bevollmächtigte Personen mit demselben Aufgabengebiet betrauen, besteht allerdings die Gefahr, dass die unterschiedlichen Personen verschiedener Meinung sind, was die Wahrnehmung Ihrer Interessen gefährden kann.

Sie können die Vollmacht aber auch so erteilen, dass mehrere bevollmächtigte Personen Sie nur gemeinsam vertreten dürfen. Dies können Sie etwa bei Angelegenheiten vorsehen, die Ihnen besonders wichtig sind (für die bei einer Haushaltsauflösung notwendigen Rechtsgeschäfte dürfen zum Beispiel Ihre beiden Kinder nur gemeinsam handeln).

Für den Fall, dass die von Ihnen bevollmächtigte Person »im Ernstfall« verhindert ist, sollte möglichst eine weitere Vertrauensperson als Ersatz zur Verfügung stehen. Intern sollte abgesprochen werden, dass diese nur bei Verhinderung der bevollmächtigten Person für Sie handeln darf. Am besten gehen Sie also folgendermaßen vor: Sie erteilen Ihrer Vertrauensperson und derjenigen Person, die diese im Notfall vertreten soll (Ersatzbevollmächtigung) jeweils eine uneingeschränkte Vollmacht, z. B. indem Sie das beigefügte Formular mehrfach verwenden. Intern sprechen Sie mit Ihrer bevollmächtigten Person und der diese vertretenden Person ab, dass die Vertretung nur dann handelt, wenn die erste bevollmächtigte Person verhindert ist.

Sie können in der Vollmacht auch vorsehen, dass die bevollmächtigte Person weiteren Personen Untervollmacht erteilen darf, die Sie dann im Bedarfsfall vertreten können. Damit legen Sie die Entscheidung über die Untervollmacht aber in die Hände Ihrer Vertrauensperson.

## **5 Gute Tipps zur Aufbewahrung Ihrer Vollmachts-Urkunde:**

Die Vollmacht sollte zu Ihrer Sicherheit so erteilt werden, dass die bevollmächtigte Person die Vollmachts-Urkunde dem Geschäftspartner im Original vorzulegen hat, wenn sie für Sie tätig ist. Sorgen Sie deshalb stets dafür, dass die Vollmachts-Urkunde der berechtigten Person zur Verfügung steht, wenn sie benötigt wird.

Hierzu gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- Sie verwahren die Vollmachts-Urkunde an einem (auch im Ernstfall) leicht zugänglichen Ort, den die bevollmächtigte Person kennt (z. B. in Ihrem häuslichen Schreibtisch).
- Sie übergeben die Vollmachts-Urkunde von vornherein der bevollmächtigten Person mit der Maßgabe, von dieser nur in dem besprochenen Fall Gebrauch zu machen. Wie schon erwähnt, sollten Sie ohnehin nur eine Person bevollmächtigen, der Sie vorbehaltlos vertrauen können. Sollte diese Person absprachewidrig schon vorzeitig von der Vollmacht Gebrauch machen, können Sie die Vollmacht widerrufen und Schadensersatz fordern.
- Sie übergeben die Vollmachtsurkunde einer anderen Vertrauensperson zur treuhänderischen Verwahrung mit der Auflage, sie der bevollmächtigten Person im Bedarfsfall auszuhändigen.
- Sie können eine Kopie der Vollmachts-Urkunde beim Betreuungsgericht (Amtsgericht) hinterlegen. Dies empfiehlt sich, weil dann das Gericht im Bedarfsfall Kenntnis von der Vollmacht hat. Es wird dann keine betreuende Person bestellen, wenn die bevollmächtigte Person hinreichend geeignet ist, weil eine wirksame Vollmacht im Rahmen ihrer Reichweite eine Betreuung entbehrlich macht, und so Ihren persönlichen Wünschen entsprochen werden kann.

■ Bei einer notariellen Vollmacht können Sie auch an folgende Möglichkeit denken: Sie können den Notar anweisen, an die bevollmächtigte Person nur dann eine Ausfertigung der Vollmachtsurkunde herauszugeben, wenn diese ein ärztliches Attest vorlegt, wonach Sie die in der Vollmacht bezeichneten Angelegenheiten nicht mehr besorgen können. Sie können mit dem Notar absprechen, wie alt das Attest sein darf, und dass dessen Richtigkeit nicht überprüft werden muss.

## 6 Die Geltungsdauer einer Vollmacht.

Die Vollmacht gilt im »Außenverhältnis« ab ihrer Ausstellung. Im »Innenverhältnis« der bevollmächtigten Person ist aber die mit ihr getroffene Vereinbarung maßgebend (zu diesen Begriffen vgl. »Was ist eine Vorsorge-Vollmacht?« auf Seite 43). Diese wird wörtlich oder stillschweigend dahingehend lauten, dass sie von der Vollmacht erst Gebrauch machen darf, wenn Sie selbst nicht mehr handlungsfähig sind.

Wenn Sie Ihre Vollmacht widerrufen wollen, müssen Sie das ausgehändigte Formular zurückverlangen.

Der Tod der vollmachtgebenden Person führt in der Regel nicht zum Erlöschen der Vollmacht.



## 7 So verdeutlichen Sie eigene Wünsche und Vorstellungen:

Zunächst sollte beachtet werden, dass die Vollmacht eine für Dritte bestimmte Erklärung ist. Sie bezeichnet die Person der rechtsgeschäftlichen Vertretung und beschreibt, was diese »im Außenverhältnis« mit Rechtswirkung für Sie tun darf. Deshalb sollten Anweisungen an die bevollmächtigte Person zum inhaltlichen Gebrauch der Vollmacht nicht in diese selbst aufgenommen werden.

### Beispiel:

Eine Vollmacht kann zum Abschluss eines Heimvertrages ermächtigen. Etwaige Wünsche, welches Heim vorrangig in Betracht kommt – oder umgekehrt, welches keinesfalls ausgewählt werden sollte – gehören nicht in diese Erklärung mit Außenwirkung. Dies kann vorweg mit der bevollmächtigten Person als »Auftrag« besprochen oder auch in einer schriftlichen Handlungsanweisung, etwa einem Brief, niedergelegt werden.

Dasselbe gilt z. B. für die Aufforderung, bestimmte Angehörige an Geburtstagen, Weihnachten usw. zu beschenken oder die bisherigen Spendengewohnheiten fortzuführen. All dies sollte nicht in den Text der Vollmacht, sondern in den Auftrag an die bevollmächtigte Person aufgenommen werden.

Welchen Inhalt dieser im Einzelnen haben kann, hängt wesentlich von Ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen ab.

## 8 Was ist eine Betreuungs-Verfügung?

Falls Sie sich nicht mehr selbst äußern können, sollen die Wünsche berücksichtigt werden, die Sie zuvor festgelegt haben. Dies geschieht zweckmäßig in einer schriftlichen Verfügung für den Betreuungsfall, auch »Betreuungs-Verfügung« genannt. Sie können darin bestimmen, wer Ihre betreuende Person werden soll. Sie können aber auch festlegen, wer keinesfalls als betreuende Person in Betracht gezogen werden soll. Diese Wünsche sind für das Gericht grundsätzlich verbindlich. Im beigefügten Vollmachts-Formular können Sie deshalb auch verfügen, dass die bevollmächtigte Person als betreuende Person ausgewählt werden soll, wenn trotz der Vollmacht eine Betreuungsbestellung notwendig werden sollte. Ein Muster einer Betreuungs-Verfügung befindet sich auf Seite 53.

## 9 Der Unterschied zwischen Vorsorge-Vollmacht und Betreuungs-Verfügung:

Ist eine Person, der Sie vollständig vertrauen können, bereit, sich im Bedarfsfall um Ihre Angelegenheiten zu kümmern, dürfte eine Vollmacht einer gerichtlich angeordneten Betreuung vorzuziehen sein. Abgesehen von den schon erwähnten Ausnahmen braucht die bevollmächtigte Person für Ihre Entscheidungen auch keine gerichtlichen Genehmigungen. Sie vermeiden damit das mit der Betreuungsbestellung verbundene gerichtliche Verfahren. Ihre bevollmächtigte Person steht – anders als die betreuende Person – nicht unter der Kontrolle des Betreuungsgerichts.

Allerdings kann das Betreuungsgericht, wenn ihm ein entsprechender Anlass bekannt wird, für eine bevollmächtigte Person eine Kontrollperson bestellen. Dieser »Vollmachtsbetreuer« bzw. diese »Vollmachtsbetreuerin« hat nur die Aufgabe, die bevollmächtigte Person zu überwachen, Ihre Rechte gegenüber der bevollmächtigten Person wahrzunehmen und die Vollmacht notfalls auch zu widerrufen. Wird das nötig, müsste das Gericht dann eine Betreuung für den Aufgabenkreis bestellen, der zuvor der »ungetreuen« bevollmächtigten Person übertragen war.

Wenn Sie hingegen keine Person kennen, der Sie eine Vollmacht anvertrauen wollen, empfiehlt sich die Festlegung einer Betreuungs-Verfügung. Damit erwarten Sie, dass im Bedarfsfall eine Betreuung für Sie bestellt wird. Sie nehmen dann Einfluss auf die Auswahl und das spätere Handeln für Sie. Wenn Sie also eine Betreuungs-Verfügung errichten wollen, sollten Sie sich darüber gesondert informieren.

## 10 Wer entscheidet über ärztliche Behandlung?

Solange Sie als Patient oder Patientin einwilligungsfähig sind, entscheiden Sie selbst über alle Sie betreffenden ärztlichen Maßnahmen nach Aufklärung und Beratung durch den Arzt oder die Ärztin. Dies gilt auch, wenn für Sie eine Betreuung mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitspflege angeordnet wurde.

Falls Sie aber nicht mehr entscheidungsfähig sind, vor allem Ihren Willen nicht mehr äußern können, muss eine bevollmächtigte Person oder Betreuung für Sie entscheiden. Ist weder eine bevollmächtigte Person noch eine Betreuung bestellt, muss bei eilbedürftigen Maßnahmen der Arzt oder die Ärztin nach Ihrem »mutmaßlichen Willen« handeln. Bei nicht eilbedürftigen ärztlichen Behandlungen muss gegebenenfalls eine vorläufige Betreuung bestellt werden. Ihr mutmaßlicher Wille ist überhaupt maßgebend für jede ärztliche Behandlung, zu der Sie sich selbst nicht mehr äußern können.

Es muss – gegebenenfalls von der bevollmächtigten Person oder Betreuung – ermittelt werden, wie Sie sich in der gegebenen Situation entscheiden würden, wenn Sie Ihren Willen noch kundtun könnten. Dies kann sehr schwierig sein, wenn Sie in der Vergangenheit niemals schriftlich oder auch nur mündlich, z. B. gegenüber Angehörigen, Ihre Vorstellungen für eine medizinische Behandlung – insbesondere in der letzten Lebensphase – geäußert haben. Deshalb ist es wichtig, dies vorausschauend in einer »Patienten-Verfügung« festzulegen. Darüber sollten Sie sich also auch Gedanken machen, wenn Sie sich mit der Erteilung einer Vollmacht beschäftigen.

## 7.5 Vorsorge-Vollmacht

### Ich (vollmachtgebende Person)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### Erteile hiermit Vollmacht an (bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

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.

### 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 Patienten-Verfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja  Nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten, oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs.1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. Ja  Nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Ja  Nein
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vollmachtgebenden Person

### Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. Ja  Nein
- Sie darf einen Heimvertrag abschließen. Ja  Nein
- \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vollmachtgebenden Person

**Behörden**

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Ja  Nein
- \_\_\_\_\_ Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vollmachtgebenden Person

**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,

Ja  Nein

namentlich

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen Ja  Nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Ja  Nein
- Verbindlichkeiten eingehen Ja  Nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Ja  Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer oder einer Betreuerin rechtlich gestattet ist. Ja  Nein
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vollmachtgebenden Person

**Post und Fernmeldeverkehr**

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

Ja  Nein **Vertretung vor Gericht**

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

Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Unterschrift der vollmachtgebenden Person**Untervollmacht**

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Ja  Nein **Vertretung vor Gericht**

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung («rechtliche Betreuung») erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als betreuende Person zu bestellen.

Ja  Nein **Weitere Regelungen**

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Ort\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vollmachtgebenden Person\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Ort\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vollmachtgebenden Person**Beglaubigungsvermerk**


---



---



---

## 7.6 Betreuungs-Verfügung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

### **An das Amtsgericht**

\_\_\_\_\_  
Amtsgericht

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

### **Bestellung einer betreuenden Person**

Für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst zu besorgen vermag, bitte ich  
Herrn/Frau

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

zu meiner betreuenden Person zu bestellen.

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die betreuende Person habe ich folgende Wünsche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vollmachtgebenden Person

## 7.7 Was ist eine Patienten-Verfügung?

### 1 Was ist eine Patienten-Verfügung?

Die Patienten-Verfügung ist eine freiwillige schriftliche Erklärung einer volljährigen Person für den eventuellen zukünftigen Fall, dass sie nicht mehr einwilligungsfähig ist. Sie bestimmt für diese Situation, ob sie in bestimmte medizinische Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffe einwilligt oder diese untersagt. Damit haben Patienten-Verfügungen für behandelnde Ärzte und Ärztinnen sowie für die bevollmächtigte oder betreuende Person eine hohe Verbindlichkeit erhalten.

#### **Es gelten folgende Regelungen:**

Eine Patienten-Verfügung ist nur dann wirksam, wenn sie schriftlich verfasst und von der ausstellenden Person eigenhändig unterschrieben ist, oder durch eine notarielle Beglaubigung als unterschrieben gilt.

Die Patienten-Verfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Volljährige können in einer schriftlichen Patienten-Verfügung festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuung und bevollmächtigte Person im Fall der Entscheidungsunfähigkeit der betroffenen Person an deren schriftliche Patienten-Verfügung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patienten-Verfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen der betroffenen Person zur Geltung bringen.

Liegt keine Patienten-Verfügung vor oder entsprechen die Festlegungen nicht der aktuellen Situation, muss die Betreuung oder die bevollmächtigte Person unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des Patienten oder der Patientin entscheiden, ob sie in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt.

In einem Gespräch zwischen Betreuung bzw. bevollmächtigter Person und dem behandelnden Arzt oder der behandelten Ärztin wird unter Berücksichtigung des Patientenwillens die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme vorbereitet. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit der Betreuung oder der bevollmächtigten Person, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

Bestehen zwischen Arzt oder Ärztin und betreuender bzw. bevollmächtigter Person über den Patientenwillen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

Eine Reichweitenbegrenzung, die den Patientenwillen Kraft Gesetzes in bestimmten Fällen für unbeachtlich erklärt, gibt es nicht.



## 2 Wie formuliere ich eine Patienten-Verfügung?

Die Patienten-Verfügung sollte nicht nur allgemein gehaltene Formulierungen enthalten, wie z.B. den Wunsch »in Würde zu sterben«, wenn ein »erträgliches Leben« nicht mehr möglich erscheint. Vielmehr sollte ganz individuell festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgesetzt werden darf.

Es empfiehlt sich nicht, dies mit eigenen Worten zu formulieren, sofern Sie sich nicht eingehend hierüber von einem Arzt oder einer Ärztin haben beraten lassen oder selbst über gute medizinische Kenntnisse verfügen.

Vielmehr sollten Sie sich eines Formular-musters bedienen, das dem neusten Stand von Medizin und Recht entspricht. Sie finden in dieser Informationsschrift ein entsprechendes Muster, das Ihnen verschiedene Entscheidungsvorschläge bietet.

Es ist sehr empfehlenswert, dieses mit einem Arzt oder einer Ärztin Ihres Vertrauens zu besprechen. Wenn Sie aber derzeit kein ärztliches Beratungsgespräch über eine Patienten-Verfügung suchen wollen, können Sie den vorgeschlagenen Vordruck auch selbst ausfüllen. Hierbei sollten Sie sich zuvor gründlich mit dem Abschnitt »Eigene Wertvorstellungen« und den medizinischen Erläuterungen zur Patienten-Verfügung befassen. Bitte bedenken Sie beim Ausfüllen, dass über die vorgesehenen Entscheidungsalternativen hinausgehende eigenhändige Streichungen im Text oder wesentliche Hinzufügungen, die nicht auf konkreten ärztlichen Empfehlungen beruhen, im Ernstfall zu Zweifeln an der Bestimmtheit Ihrer Verfügung führen können. Eine durch entsprechende Veränderungen unklar oder widersprüchlich gewordene Patienten-Verfügung kann dann Verwirrung stiften.

## 7.8 Patienten-Verfügung

Für den Fall, dass ich,

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

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

### 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

■ Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

■ Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

■ Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

■ Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

■

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

- Verminderte Flüssigkeitsabgabe nach ärztlichem Ermessen

### Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe

Ich wünsche eine Begleitung durch

- **Persönliche Wünsche und Anmerkungen**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

- **Seelsorge**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

- **Hospizdienst**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

- Ich habe zusätzlich zur Patienten-Verfügung eine Vorsorge-Vollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patienten-Verfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Ja  Nein

### Bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_  
Vorname                                      Name                                      Telefon

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl                                      Ort                                      Mobil

- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ja  Nein

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

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

Ich weiß, dass ich die Patienten-Verfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

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

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

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

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

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

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist

sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

### Arzt oder Ärztin meines Vertrauens:

Name _____		Vorname _____	
Straße _____			Hausnummer _____
Postleitzahl _____	Ort _____		
Telefon _____		Telefax _____	

### **Bei der Festlegung meiner Patienten-Verfügung habe ich mich beraten lassen von\***

Name _____		Vorname _____	
Straße _____			Hausnummer _____
Postleitzahl _____	Ort _____		
Telefon _____		Mobil _____	
Datum _____	Ort _____	Unterschrift _____	

\* Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patienten-Verfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein stattgefundenes Beratungsgespräch kann aber

unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.

### Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patienten-Verfügung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# 8. Konto-/Depot-Vollmacht und Finanzen

Banken und Sparkassen halten für die Erteilung einer Bank-Vollmacht gesonderte Vordrucke und Formulare bereit.

Bitte füllen Sie diese aus und heften Sie die Kopien hinter dieser Seite ein.

## ■ Wichtiger Hinweis

Die Konto- und/oder Depot-Vollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank- oder Sparkassen-Geschäftsstelle unterzeichnen, um spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung auszuräumen.

Sollten Sie nicht in der Lage sein, die Geschäftsstelle selbst aufzusuchen, wird sich in einem Gespräch sicher eine Lösung finden lassen.

## 8.1 Konto-/Depot-Vollmacht – Vorsorge-Vollmacht

### Kontoinhaber oder Kontoinhaberin/Vollmachtgeber oder Vollmachtgeberin

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

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Name der Bank \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Ich bevollmächtige hiermit die nachstehend genannte bevollmächtigte Person

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift der kontenführenden Person \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift der kontenführenden Person \_\_\_\_\_

### Wichtige Hinweise für die kontenführende/vollmachtgebende Person

Ab wann und unter welchen Voraussetzungen die bevollmächtigte Person von dieser Vollmacht Gebrauch machen darf, richtet sich nach den gesondert zu treffenden Vereinbarungen zwischen der kontoführenden und der bevollmächtigten Person. Unabhängig von solchen Vereinbarungen kann

die bevollmächtigte Person gegenüber der Bank/Sparkasse ab dem Zeitpunkt der Ausstellung dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen.

Die Bank/Sparkasse prüft nicht, ob der „Vorsorgefall“ bei der kontoführenden/vollmachtgebenden Person eingetreten ist.



**Im Einzelnen gelten folgende Regeln:**

1. Die Vollmacht berechtigt gegenüber der Bank/Sparkasse dazu
  - über das jeweilige Guthaben (z. B. durch Überweisung, Barabhebungen, Schecks) zu verfügen und in diesem Zusammenhang auch Festgeldkonten und sonstige Einlagenkonten einzurichten,
  - eingeräumte Kredite in Anspruch zu nehmen,
  - von der Möglichkeit vorübergehender Kontoüberziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch zu machen,
  - An- und Verkäufe von Wertpapieren (mit Ausnahme Finanztermingeschäften) und Devisen zu tätigen und die Auslieferung an sich zu verlangen,
  - Abrechnungen, Kontoauszüge, Wertpapier-, Depot- und Erträgnis-Aufstellungen sowie sonstige die Konten/Depots betreffenden Mitteilungen und Erklärungen entgegenzunehmen und anzuerkennen
  - sowie Debit-Karten\* zu beantragen
2. Zur Erteilung von Untervollmachten ist der Bevollmächtigte nicht berechtigt.
3. Die Vollmacht kann vom Kontoinhaber jederzeit gegenüber der Bank/Sparkasse widerrufen werden. Widerruft der Kontoinhaber die Vollmacht gegenüber dem Bevollmächtigten, so hat der Kontoinhaber die Bank/Sparkasse hierüber unverzüglich zu unterrichten. Der Widerruf gegenüber der Bank/Sparkasse und deren Unterrichtung sollten aus Beweisgründen möglichst schriftlich erfolgen.
4. Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Kontoinhabers; sie bleibt für die Erben des verstorbenen Kontoinhabers in Kraft. Widerruft einer von mehreren Miterben die Vollmacht, so kann der Bevollmächtigte von der Vollmacht 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.

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

Datum	Ort	Unterschrift der kontoführenden Person
Datum	Ort	Unterschrift der kontoführenden Person

Ihre Bank/Sparkasse ist gesetzlich verpflichtet, die bevollmächtigte Person anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren.

Zur Erteilung der Konto-/Depot-Vollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihrer bevollmächtigten Person Ihre Bank/Sparkasse auf.



### 8.3 Verbindlichkeiten

Verbindlichkeit/en bei Kreditinstitut/en, Verbindlichkeit/en bei Privatpersonen/Firmen, Hinweis/e auf bestehende Daueraufträge, Einzugsermächtigungen, fällige Überweisungen u. ä.  
(ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

---

---

---

---

---

---

---

---

### 8.4 Hinweise auf bestehende Verträge

Mietvertrag/-verträge, Strom, Gas, Telefon, Internet, Rundfunk Zeitung, Illustrierte, Fachzeitschrift/en u. a.  
(ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und deren Verwahrung)

---

---

---

---

---

---

---

---

## 8.5 Fahrzeug/e

Fahrzeugart (PKW, LKW), Amtliches Kennzeichen, Hersteller, Typ,  
Hubraum, Ersterzulassung, regelmäßiger Standort, eventuelle  
kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

\_\_\_\_\_  
Fahrzeugart                      Amtliches Kennzeichen                      Hersteller                      Typ

\_\_\_\_\_  
Ersterzulassung                      Hubraum                      Standort

\_\_\_\_\_  
eventuelle kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Fahrzeugart                      Amtliches Kennzeichen                      Hersteller                      Typ

\_\_\_\_\_  
Ersterzulassung                      Hubraum                      Standort

\_\_\_\_\_  
eventuelle kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Fahrzeugart                      Amtliches Kennzeichen                      Hersteller                      Typ

\_\_\_\_\_  
Ersterzulassung                      Hubraum                      Standort

\_\_\_\_\_  
eventuelle kreditsichernde Übereignung/en mit Briefübergabe/n

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 9. Versicherungen und Mitgliedschaften

Bitte füllen Sie diese aus und heften Sie die Kopien hinter dieser Seite ein.

## 9.1 Fahrzeug-/Verkehrs-Versicherungen

### Kraftfahrzeug-Versicherung/en

Fahrzeug

Amtliches Kennzeichen

Versicherungsagentur/-gesellschaft

Versicherungsnummer

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**Teilkasko**

Ja

Nein

Selbstbeteiligung in Euro

**Vollkasko**

Ja

Nein

Selbstbeteiligung in Euro



### Insassenunfall-Versicherung

Versicherungsagentur/-gesellschaft

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Versicherungssumme

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

**Verkehrsrechtsschutz-Versicherung**

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

---

---

---

---

---

---

## 9.2 Sach- und Haftpflicht-Versicherung/en

### Privat-Haftpflicht-Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsagentur/-gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

### Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht-Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsagentur/-gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

### Wohngebäude-Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsagentur/-gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

### Sturmschäden-Versicherung/en

\_\_\_\_\_  
Versicherungsagentur/-gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.



### Hausrat-Versicherung

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsagentur/-gesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

**Glasbruch**

Ja

Nein



### Rechtsschutz-Versicherung

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsagentur/-gesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort



### Sonstige Versicherungen

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsagentur/-gesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 9.3 Mitgliedschaften

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll



Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll



Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll



Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angabe, ob und wann Kündigung erfolgen oder ob die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

# 10. Checklisten

- Vor Einlieferung ins Krankenhaus
- Für den Fall meines Todes

## 10.1 Checkliste vor Einlieferung ins Krankenhaus

- |   | erledigt                 |
|---|--------------------------|
| <p>.....</p> <p>■ Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnorts und der Zugangsmöglichkeiten geben!<br/>(Notarzt oder Notärztin, Rettungsdienst, Feuerwehr: Notrufnummer 112, Polizei, Allgemeiner Notruf: 110)</p> <p>.....</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten!<br/>(Fenster/Hausnummernbeleuchtung)</p> <p>.....</p>   | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung, Versicherungskarte (Seite Medizinische Daten, Seite 16)</p> <p>.....</p>   | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Toilettenartikel</p> <p>.....</p>  |                          |
| <p>■ Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe</p> <p>.....</p>   | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe, Gebiss</p> <p>.....</p>  | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Bisher einzunehmende Medikamente</p> <p>.....</p>  | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)</p> <p>.....</p>   | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Anschriften/Telefon der nächsten Angehörigen, Bekannten</p> <p>.....</p>   | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)</p> <p>.....</p>   | <input type="checkbox"/> |
| <p>■ Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)</p> <p>.....</p>  | <input type="checkbox"/> |

## 10.2 Checkliste für den Fall meines Todes

### Sterbeurkunde

Nach jedem Todesfall muss beim Standesamt die Sterbeurkunde (mehrere Exemplare) beantragt werden.

Dazu sind notwendig:

- die Todesbescheinigung (vom Arzt oder der Ärztin auszustellen)
- der Personalausweis/Reisepass der verstorbenen Person
- die Geburtsurkunde der verstorbenen Person
- ggf. Heiratsurkunde (Familienstammbuch)
- ggf. Scheidungsurteil, Sterbeurkunde

---

Verwahrung meines Personalausweises

---

Verwahrung meiner Geburtsurkunde

---

Verwahrung meiner Heiratsurkunde, meines Familienstammbuches sowie den vorgenannten Unterlagen

.....

### Meine Wünsche

Ich wünsche mir folgende Bestattung (Erdbestattung, Feuerbestattung, oberirdische Bestattung in Grabkammern, anonyme Bestattung, Seebestattung)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bestattungsunternehmen**

wurde ein Vertrag geschlossen

Ja Nein 

Name des Bestattungsunternehmens

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

**Einkleidung meines toten Körpers****Art/Gestaltung meines Sarges/meiner Urne****Trauerfeier**

(kirchlich, nicht kirchlich, Vorbereitungsgespräch mit dem Pfarrer oder der Pfarrerin/Person, die die Trauerrede hält o.a., ggf. Hinweis auf Unterlagen und deren Verwahrung)

**Versendung von Trauerkarten** (evtl. weitere Hinweise sind wo zu finden?)möchte ich möchte ich nicht 

Adressatenliste ist erstellt

Ja Nein 

---

Verwahrung**Adressatenliste ist nicht erstellt, daher bitte Trauerkarten versenden an:**Verwandte Nachbarn Freundeskreis 

---

**Traueranzeige** (wo, evtl. keine?)  

---

---

---

**Blumen und Kränze**

Geldspende, statt Blumen evtl. Spende für einen bestimmten Zweck?

Weitere Anordnungen sind wo zu finden?  

---

---

---

**Grab**

(Beisetzungswunsch auf welchem Friedhof,  
Bestand eines Grabnutzungsvertrages mit der Gemeinde/Kirchengemeinde,  
zur Grabpflege/Grabpflegevertrag, Wahlgrab/Reihengrab,  
Hinweise auf Unterlagen und deren Verwahrung)

---

---

**Letztwillige Verfügungen**

(Testament, Erbvertrag, Vermächtnis/se, Hinweis auf deren Verwahrung,  
Organspende, Körperspende)

---

---

---

**Auflösung des Haushalts/Verbleib von Tieren**

---

---



# Für den Notfall

Füllen Sie dieses Blatt bitte aus und legen Sie es neben das Telefon.  
 Die Notfall-Ausweise unten füllen Sie bitte auf beiden Seiten aus und bringen Sie sie an einem Platz unter, wo andere sie schnell finden können, z.B. in Ihrem Geldbeutel, hinter der Sonnenblende im Auto, im Handschuhfach etc.

## Wichtige Notruf-Nummern:

Polizei..... **110** Schlaganfall-Telefon..... **112**  
 Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)..... **112**

### Mein Hausarzt / meine Hausärztin

Name Telefon

**Mein Name** **Vorname**

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

### Im Notfall bitte benachrichtigen

Name Vorname

Telefon



### Für den Notfall

### Für den Notfall

Mein Name

Mein Name

Mein Vorname

Mein Vorname

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon

Telefon



### Für den Notfall

### Für den Notfall

Mein Name

Mein Name

Mein Vorname

Mein Vorname

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon

Telefon



**Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:**

Name

Telefon

**Im Notfall bitte benachrichtigen**

Name

Adresse

Telefon

**Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:**

Name

Telefon

**Im Notfall bitte benachrichtigen**

Name

Adresse

Telefon

**Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:**

Name

Telefon

**Im Notfall bitte benachrichtigen**

Name

Adresse

Telefon

**Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:**

Name

Telefon

**Im Notfall bitte benachrichtigen**

Name

Adresse

Telefon