

# NOTFALLMAPPE

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum



# Wichtige Rufnummern:

Polizei (Notruf, Überfall, Unfall)	110
Feuerwehr	112
Rettungsdienst / Ärztlicher Notdienst	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	01805 191212 oder 116 117
Giftnotruf – Zentrale Bayern	089/19 240
Donau-Isar-Klinikum Deggendorf	0991/380-0
Hausarzt Dr.	
Apotheke	
Apothekennotdienst (außerhalb Öffnungszeiten)	0800/0022833
Polizeiinspektion Deggendorf	0991/3896-0
Polizeiinspektion Plattling	09931/9164-0
EC-Kartensperrung	116 116
Rathaus	
Pfarramt	
Frauennotruf	0991/382460
Stromversorger - Störungsnummer	
Heizung - Störungsnummer	
Wasserversorgung – Störungsnummer	

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger

Wenn man gut vorsorgt, gibt einem das ein Gefühl der Sicherheit.

Unfälle und Krankheiten sind nicht vorhersehbar und können in jedem Alter plötzlich eintreten, so dass es gut ist, wenn man die wichtigsten Informationen gleich zur Hand hat. Diese Notfallmappe bietet Ihnen die Möglichkeit, auf einen Griff alle wichtigen Daten für Sie und Ihre Vertrauenspersonen verfügbar zu halten. So können Sie in jeder Lebenslage sicher sein, dass im Notfall ausreichend und schnell nach Ihren Bedürfnissen und Vorstellungen gehandelt werden kann.

Damit sie im Notfall hilfreich sein kann, teilen Sie auch Ihren Vertrauenspersonen mit, dass Sie eine Notfallmappe erstellt haben und wo Sie diese aufbewahren. Überprüfen Sie die Notfallmappe auch regelmäßig und aktualisieren Sie Änderungen.

Ich wünsche Ihnen von Herzen, dass Ihre Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommen muss.

Mit den besten Grüßen,  
Ihr Landrat



Christian Bernreiter

# Inhaltsverzeichnis

---

Wichtige Rufnummern	Seite 2
Persönliche Daten	Seite 5
Im Notfall zu benachrichtigen	Seite 6
Ärzte	Seite 6
Krankenversicherung, Apotheke, Pflegedienst	Seite 8
Notfallblatt	Seite 9
Weitere Versicherungen	Seite 12
Finanzen	Seite 14
Einnahmen	Seite 15
Vermögen	Seite 19
Verbindlichkeiten, Sonstiges	Seite 20
Verträge	Seite 20
Vorsorgevollmacht	Seite 23
Betreuungsverfügung	Seite 27
Wertvorstellungen	Seite 29
Patientenverfügung	Seite 32
Verzeichnis der Vollmachten	Seite 41
Nachlassangelegenheiten	Seite 42
Mein Leben	Seite 43
Checkliste Todesfall	Seite 44
Notfallkarten	Seite 45

# Persönliche Daten

---

---

Name

---

Geburtsname

---

Vornamen

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Land

---

Nationalität

---

Konfession

---

Familienstand

---

Ggf. Standesamt & Datum einer Eheschließung / Gericht & Datum einer Scheidung

---

Ehegatte/Lebenspartner

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Wohnort

---

Telefon- / Handynummer

---

E-Mail-Adresse

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

- Geburtsurkunden
- Heirats-/ Partnerschaftsurkunden
- Scheidungsurteile
- Sterbeurkunden
- Taufschein
- Testament (oder sicher am Amtsgericht hinterlegt)
- Vorsorgevollmacht (solange Sie diese dem Bevollmächtigten nicht bereits ausgehändigt haben)
- Unterlagen zum Haus- und Grundbesitz
- Unterlagen zu Versicherungen und Renteneinkünften
- Unterlagen zur Krankengeschichte
- Unterlagen zu Verträgen, usw.

Bitte bewahren Sie Vermögens- und Wertgegenstände, aber auch Geheimnummern und Zugangscodes vor Diebstahl sicher auf!

Ein Bankschließfach ist eine prima Idee, Sie sollten dann aber sicherstellen, dass eine Person Ihres Vertrauens dieses auch öffnen kann, wenn Sie das zu nicht mehr in der Lage sind.

## Im Notfall zu benachrichtigen

---

Name

Vorname

Verwandtschaft, Beziehung

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Arbeit

Handynummer

E-Mail-Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name

Vorname

Verwandtschaft, Beziehung

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Arbeit

Handynummer

E-Mail-Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Wohnungsschlüssel ist hinterlegt bei

---

Name

Vorname

Telefonnummer

Handynummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Hausarzt

---

Name der Praxis

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefonnummer

Handynummer

# Weitere Ärzte

---

---

Name der Praxis

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Telefonnummer

Handynummer

---

Name der Praxis

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Telefonnummer

Handynummer

---

Name der Praxis

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Telefonnummer

Handynummer

---

Name der Praxis

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Telefonnummer

Handynummer

---

Name der Praxis

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Telefonnummer

Handynummer

---

Name der Praxis

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Telefonnummer

Handynummer

## Krankenversicherung

---

Name Krankenkasse

Ansprechpartner

Telefonnummer

Versicherungsnummer

Aufbewahrungsort Versicherungskarte

## Zusatzversicherung/Beihilfe

---

Versicherungsgesellschaft/Beihilfestelle

Telefonnummer

Versicherungsnummer/PK-Nummer

## Apotheke

---

Name der Apotheke

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

## Ambulanter Pflegedienst

---

Name des Pflegedienstes

Ansprechpartner

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Handynummer



# NOTFALLBLATT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hausnummer und Straße

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer zu Hause

Handynummer

Krankenversicherung

Versicherungsnummer

Aufbewahrungsort Karte

Konfession

Pflegegrad

Mitbewohner: Name und Vorname

Telefon- / Handynummer

Bezugsperson: Name und Vorname

Telefon- / Handynummer

## **Grunderkrankungen/Diagnosen/Allergien/Schwerbehinderung**

## **Aufbewahrungsorte der Ausweise (auszufüllen mit Hilfe des Hausarztes)**

**Hausarzt:** Name

Telefonnummer

Blutgerinnungshemmende

HIV (Aids)

ja  nein

Medikamente

ja  nein

Organspende-Ausweis

ja  nein

Zahnprothese/Implantat

ja  nein

Vorsorgevollmacht

ja  nein

Herzschrittmacher

ja  nein

Patientenverfügung

ja  nein

Port

ja  nein

Betreuungsverfügung

ja  nein

Diabetiker

ja  nein

Hausnotruf \_\_\_\_\_  ja  nein

ggf. Name und Telefonnummer des Anbieters

## **Weitere medizinische Daten**

Blutgruppe

Anfallsleiden

# NOTFALLBLATT

## Impfungen

Welche Impfungen?

ja  nein

Impfungen vollständig?

Aufbewahrungsort Impfbuch

## Medikamentenplan (Name und Dosierung der Medikamente)

Präparate morgens: Alle Namen und Dosierungen

Präparate mittags: Alle Namen und Dosierungen

Präparate abends: Alle Namen und Dosierungen

Sonstige Präparate: Alle Namen und Dosierungen

## Implantate

Art des Implantats (z.B: Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne,...)

## Transplantation

Zeitpunkt und Art der Transplantation

## Sonstiges

(z.B. Vorerkrankungen, Zahnersatz,.....)

## Ärztliche Behandlungen (ambulant)

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes

## Klinische Behandlungen (stationär)

Datum von/bis	Behandlungsgrund	Name des Arztes

Name der Klinik	Postleitzahl und Ort

---

## Maßnahmen bei einer Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten angeben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel wie Stühle, Tische wegräumen)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere,...)
- Falls notwendig, Pflegedienst benachrichtigen

### In das Krankenhaus sind mitzunehmen

- Notfallblatt
- Verzeichnis der erteilten Vollmachten
- Ärztl. Transport- u. Krankenhauseinweisung
- Krankenversicherungskarte
- Geld (nur geringer Betrag)
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Hausschuhe
- Ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehilfe
- Hausschlüssel
- Personalausweis
- Toilettenartikel
- Bisher eingenommene Medikamente samt Medikamentenplan
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen/Bezugspersonen
- Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht (falls nicht bereits an Vertrauensperson ausgehändigt)

# Weitere Versicherungen

---

Aufbewahrungsort der Unterlagen

## Gesetzliche Pflegeversicherung

Name der Pflegeversicherung Versicherungsnnummer

StraÙe und Hausnummer Postleitzahl und Ort

Telefonnummer Pflegestufe

## Private Pflegeversicherung/Zusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft Versicherungsnnummer

StraÙe und Hausnummer Postleitzahl und Ort

## Unfallversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft Versicherungsnnummer

Name des örtlich zuständigen Vertreters Telefonnummer

StraÙe und Hausnummer Postleitzahl und Ort

## Lebensversicherung

Name der Versicherung Versicherungsnnummer

Name des örtlichen Vertreters Telefonnummer

StraÙe und Hausnummer Postleitzahl und Ort

## Bestattungsvorsorge-/Sterbeversicherung

Name der Versicherung Versicherungsnnummer

Name des örtlichen Vertreters Telefonnummer

StraÙe und Hausnummer Postleitzahl und Ort

# Weitere Versicherungen

---

## Privathaftpflichtversicherung

---

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
-----------------------	---------------------

---

Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
-------------------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

## Hausratversicherung

---

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
-----------------------	---------------------

---

Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
-------------------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

## Brandversicherung

---

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
-----------------------	---------------------

---

Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
-------------------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

## Wohngebäudeversicherung

---

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
-----------------------	---------------------

---

Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
-------------------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

## Kfz-Versicherung

---

Name der Versicherung	Versicherungsnummer
-----------------------	---------------------

---

Name des örtlichen Vertreters	Telefonnummer
-------------------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

# Weitere Versicherungen und Finanzen

---

## Sonstige Versicherungen

---

---

---

---

---

---

---

## Girokonten

---

IBAN

BIC

---

Name des Bankinstituts

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Telefonnummer

Ansprechpartner

## Weitere Verfügungsberechtigte/Bevollmächtigte

---

Name, Vorname

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Name, Vorname

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Sonstige Konten

---

---

## Kreditkarten von

---

Name des Instituts

Kartenummer

---

Name des Instituts

Kartenummer

# Einnahmen aus Erwerbstätigkeit

---

## Einnahmen aus nichtselbständiger Erwerbstätigkeit

Name des Arbeitgebers	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
Personalnummer	Sozialversicherungsnummer
Zuständiges Finanzamt	Steuernummer

## Einnahmen aus Selbständigkeit

Art der Selbständigkeit	Name der Firma
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
Zuständiges Finanzamt	Steuernummer
Steueridentifikationsnummer	
Handelsregister	weitere Angaben

## Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung

Vermietetes / verpachtetes Objekt Art / Lage / Anschrift
Mieter / Pächter Name und Anschrift
Zuständiges Finanzamt, Steuernummer

## Einnahmen aus Nebentätigkeit

Beschreibung der Nebentätigkeit, Arbeitgeber Name und Anschrift
Zuständiges Finanzamt, Steuernummer, Steueridentifikationsnummer

# Einnahmen aus Rente/Versorgung/Sonstige

---

## Gesetzliche Rentenversicherung

---

Rentenversicherungsträger

---

Versicherungsnummer

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Beamtenversorgung

---

Pensionsfestsetzende Behörde

---

Personalkennziffer

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Betriebsrente/Zusatzversorgung

---

Name der Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnummer

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Witwen-/Witwerrente

---

Rentenversicherungsträger

---

Versicherungsnummer

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Verstorbener Ehepartner

---

Name

Geburtsname

---

Geburtsdatum

Sterbedatum



# Einnahmen aus Rente/Versorgung/Sonstige

---

## Berufsständische Versorgung

---

Versorgungskammer

---

Aktenzeichen

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Sonstige Renten/Versorgung (z.B. Opferentschädigungsrente, Unfallrente,...)

---

Art der Leistung

Behörde

---

Aktenzeichen

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## Sonstige Leistungen aus Verträgen (z.B. Riesterrente, Rüruprente, Übergabevertrag)

---

Art der Leistung

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnummer

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Art der Leistung

Name des Notars/der Behörde,

---

Aktenzeichen

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

# Einnahmen aus Rente/Versorgung/Sonstige

---

## **Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter/sonstige Sozialleistungen (z.B: Arbeitslosengeld, Wohngeld)**

---

Art der Leistung	Behörde
------------------	---------

---

Aktenzeichen	Telefonnummer
--------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

---

Art der Leistung	Behörde
------------------	---------

---

Aktenzeichen	Telefonnummer
--------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

## **Sonstige Einnahmen**

---

Art der Einnahme	Name des Leistenden
------------------	---------------------

---

ggf. Aktenzeichen	Telefonnummer
-------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

---

Art der Einnahme	Name des Leistenden
------------------	---------------------

---

ggf. Aktenzeichen	Telefonnummer
-------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

---

Art der Einnahme	Name des Leistenden
------------------	---------------------

---

ggf. Aktenzeichen	Telefonnummer
-------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

# Vermögensaufstellung

## Grund- und Immobilieneigentum

Art	Gemarkung
Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Datum	Aktenzeichen Vertrag
Notar/Behörde: Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Art	Gemarkung
Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Datum	Aktenzeichen Vertrag
Notar/Behörde: Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

## Sonstiges Vermögen

(Sparbücher, sonstige Sparanlagen, Wertpapiere, Aktien, Depot, Bausparverträge, sonstige Vermögensgegenstände)

Art	
Institut	Anlagennummer/Kontonummer
Telefonnummer	Ansprechpartner
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Art	
Institut	Anlagennummer/Kontonummer
Telefonnummer	Ansprechpartner
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

# Vermögensaufstellung

---

## Verbindlichkeiten (Darlehen, Raten, Leasingraten)

---

Betrag

---

Datum des Vertragsabschlusses, Rückzahlungsmodalitäten

---

Betrag

---

Datum des Vertragsabschlusses, Rückzahlungsmodalitäten

---

Betrag

---

Datum des Vertragsabschlusses, Rückzahlungsmodalitäten

## Sonstiges zu Finanzen

---

---

---

---

---

---

---

## Bestehende Verträge (z.B. Miete, Strom, Telefon, usw.)

---

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

---

Kundennummer

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

---

Kundennummer

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

# Vermögensaufstellung

---

## Bestehende Abonnements (z.B. Zeitungen)

---

Vertragsgegenstand	Vertragspartner
--------------------	-----------------

---

Kundennummer	Telefonnummer
--------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

---

Vertragsgegenstand	Vertragspartner
--------------------	-----------------

---

Kundennummer	Telefonnummer
--------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

## Bestehende Mitgliedschaften (z.B. Vereine, Verbände, Clubs)

---

Name des Vereins/Verbands/Clubs	Mitgliedsnummer
---------------------------------	-----------------

---

ehrenamtliche Funktion	Telefonnummer
------------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

---

Name des Vereins/Verbands/Clubs	Mitgliedsnummer
---------------------------------	-----------------

---

ehrenamtliche Funktion	Telefonnummer
------------------------	---------------

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

# VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGS- UND PATIENTENVERFÜGUNG

---

## **Eine ganz persönliche und individuelle Angelegenheit**

„Ein Testament machen“ - das heißt zu Lebzeiten regeln, was mit dem Nachlass geschehen soll - ist für viele ein ganz normaler Vorgang.

Was aber ist, wenn man durch einen Unfall, eine Krankheit oder altersbedingt plötzlich nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selber zu regeln?

Hier kann jeder schon in „guten Tagen“ durch eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung und/oder durch eine Patientenverfügung für den Fall dieser „Hilfebedürftigkeit“ vorsorgliche Anordnungen treffen. Diese Vorsorge wird vielfach auch als „Alterstestament“ bezeichnet.

Der Gesetzgeber hat einer solchen „Hilfebedürftigkeit“ durch die mögliche Bestellung eines Betreuers Sorge getragen. *Gleichzeitig wird aber im Gesetz darauf hingewiesen, dass die Erteilung einer Vollmacht durch den Betroffenen immer Vorrang vor einer gerichtlich angeordneten Betreuung haben soll. Mit einer Vorsorgevollmacht regeln Sie selber, wer in welchem Umfang für Sie tätig werden darf. Eine Beteiligung des Betreuungsgerichts ist dann nicht mehr notwendig.*

Sollten Sie keine Vertrauensperson bevollmächtigen wollen oder können und kommt es zu einer Betreuung, können Sie die durch rechtzeitig geäußerte Wünsche in einer sog. Betreuungsverfügung mit Vorschlägen zur Person des Betreuers und zur Gestaltung der Betreuung gezielt Einfluss nehmen.

So kann etwa festgelegt werden, wer gegebenenfalls Betreuer werden soll. Zumeist wird hier vorrangig an den Ehegatten oder nahe Verwandte gedacht. Jedoch sollte nicht vergessen werden, dass der Vorgeschlagene möglicherweise aus Altersgründen im späteren „Ernstfall“ vielleicht nicht mehr in der Lage sein kann, diese Aufgabe zu übernehmen.

Vorsorglich sollte dann an zweiter Stelle eine andere gewünschte Person benannt werden. Diese wichtige Vorsorge ist nicht an ein bestimmtes Alter oder Lebensabschnitt gebunden.

Es wird empfohlen, die erstellten Mustervollmachten und Verfügungen nach Bedarf zu entnehmen und an die bevollmächtigten Personen auszuhändigen. In dieser Notfallmappe sollen aber auf jeden Fall die Verzeichnisse darüber geführt werden, wo sich die Vollmachten befinden und wer mit einer Vollmacht/Verfügung beauftragt wurde. Damit dürfte sichergestellt sein, dass im Notfall die Vollmachten im Original auch vorgelegt werden können.

Alternativ ist es natürlich auch möglich, die Vollmachten und Verfügungen in dieser Mappe zu belassen, wenn sichergestellt ist, dass die Bevollmächtigten im Notfall auch Zugriff darauf haben.

## **Weitere Informationen:**

- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz ([www.bmju.de](http://www.bmju.de))
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz ([www.justiz.bayern.de/service/](http://www.justiz.bayern.de/service/))
- Betreuungsstelle am Landratsamt Deggendorf, Pater-Fink-Straße 8, 94469 Deggendorf  
Telefon: (0991) 3100 – 284, 293, 368, 451, 459  
E-Mail: [betreuungsstelle@lra-deg.bayern.de](mailto:betreuungsstelle@lra-deg.bayern.de)
- sowie bei Notaren und Rechtsanwälten

**Ich,**

Vollmachtgeber/in: Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
----------------------------------	--------------	------------

Telefonnummer	Telefaxnummer / E-Mail-Adresse
---------------	--------------------------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

**erteile hiermit Vollmacht an**

Bevollmächtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------------------------------	--------------	------------

Telefonnummer	Telefaxnummer / E-Mail-Adresse
---------------	--------------------------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

**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 werden sollte.**

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

## 1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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.

# VORSORGEVOLLMACHT

---

---

---

ja  nein

---

---

---

ja  nein

---

---

---

ja  nein

## 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 Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.  ja  nein

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.  ja  nein

---

---

---

ja  nein

---

---

---

ja  nein



## 3. Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung

ja  nein

---

---

---

ja  nein

---

---

---

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,

ja  nein

namentlich

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“).

**Hinweis 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.

# VORSORGEVOLLMACHT

## 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 Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift  
der Vollmachtnehmerin/ des Vollmachtnehmers)

# BETREUUNGSVERFÜGUNG

---

**Falls Sie sich entschließen wollen, keine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, nämlich durch eine Betreuungsverfügung (Muster auf folgender Seite).**

**Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll).**

**Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.**

**Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat.**

**Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.**

**Reicht der folgende Vordruck aus Platzgründen für die Niederschrift Ihrer Wünsche nicht aus, können Sie auch ein Beiblatt anfügen.**

# BETREUUNGSVERFÜGUNG

---

Ich,

---

Vollmachtgeber/in: Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
----------------------------------	--------------	------------

---

Telefonnummer/Telefaxnummer/E-Mail-Adresse

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

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

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

---

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	--------------	------------

---

Telefonnummer/Telefaxnummer/E-Mail-Adresse

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

**Falls diese Person nicht zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden**

---

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	--------------	------------

---

Telefonnummer/Telefaxnummer/E-Mail-Adresse

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

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

---

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	--------------	------------

---

Telefonnummer/Telefaxnummer/E-Mail-Adresse

---

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

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

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

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

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

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Wenn Sie sich mit einer Patientenverfügung beschäftigen wollen, sollten Sie zunächst den folgenden Abschnitt**

**„Eigene WERTVORSTELLUNGEN“**

**in Ruhe lesen.**

## **WICHTIG:**

**Es ist sehr empfehlenswert, eine Patientenverfügung mit Ihrem Hausarzt oder einem anderen Arzt Ihres Vertrauens zu besprechen.**

**Wenn Sie sich aber entschließen, Ihre Verfügung ohne solche Beratung niederzulegen, lesen Sie bitte den vorgeschlagenen Text sorgfältig durch. Beschäftigen Sie sich auch mit den medizinischen Erläuterungen hierzu.**

Zum Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung müssen Sie volljährig und „einwilligungsfähig“ sein. Im natürlichen Sinn einwilligungsfähig sind Sie, wenn sie die Bedeutung, Tragweite und auch die Risiken einer Maßnahme erfassen und Ihren Willen hiernach bestimmen können. Auf die Geschäftsfähigkeit kommt es beim Abfassen einer Patientenverfügung nicht an.

Eine Aktualisierungspflicht als Wirksamkeitsvoraussetzung für eine Patientenverfügung besteht nicht. Eine Aktualisierung empfiehlt sich jedoch alle 2-5 Jahre bzw. beim Auftreten von schweren Krankheiten.

# Patientenverfügung

## Eigene Wertvorstellungen - Grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben

---

Eine wichtige Ergänzung und Verstärkung Ihrer Patientenverfügung ist es, wenn Sie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung und Ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und aufschreiben. Dazu können Ihnen die folgenden Überlegungen und Fragen hilfreich sein.

Zunächst zwei Beispiele, die folgendes deutlich machen sollen:

In bestimmten Grenzsituationen des Lebens sind Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen im Einzelfall kaum möglich. Wenn Sie sich selbst für die eine oder andere Lösung entscheiden, übernehmen Sie Verantwortung dafür, ob Sie auf der einen Seite auf ein mögliches Stück Leben verzichten wollen, oder ob Sie für eine kleine Chance guten Lebens einen möglicherweise hohen Preis an Abhängigkeit und Fremdbestimmung zu zahlen bereit sind.

Wiederbelebungsversuche sind häufig erfolgreich im Hinblick auf das Wiedereinsetzen der Herz- und Nierentätigkeit. Leider gelingt jedoch viel seltener eine komplette Wiederherstellung aller Gehirnfunktionen. Bei einer Wiederbelebung entscheiden oft Sekunden oder Minuten über den Erfolg. Daher hat der Arzt in dieser Situation keine Zeit, lange Diskussionen oder Entscheidungsprozesse zu führen. Er kann auch nicht voraussagen, ob der betreffende Mensch überhaupt nicht zu retten ist, ob er mit einem schweren Hirnschaden als Pflegefall überleben wird oder ob ihm nach erfolgreicher Wiederbelebung ein normales, selbstbestimmtes Leben möglich ist.

Wenn Sie sich über Ihre Behandlungswünsche in einer solchen Situation Klarheit verschaffen wollen, könnte die Beantwortung folgender Fragen hilfreich für Sie sein:

- Wünschen Sie, dass Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens wiederbelebt werden, weil eine Chance besteht, nicht nur am Leben zu bleiben, sondern ein weiterhin selbstbestimmtes Leben führen zu können?
- Verzichten Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens auf die Chance, weitgehend folgenlos eine Wiederbelebung zu überstehen, weil der Preis einer möglichen schlimmen Hirnschädigung für Sie zu hoch wäre?

Wachkomapatienten finden in Ausnahmefällen noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Therapie, aber auch totaler Abhängigkeit in ein selbstbestimmtes, bewusstes Leben zurück. Auch in dieser Situation können Ärzte zunächst nicht voraussagen, ob die jeweils betroffene Person zu den wenigen gehören wird, die in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren oder zu den vielen, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen.

Fragen im Hinblick auf diese Situation könnten sein:

- Wünschen Sie, dass im Falle eines Wachkomas alles Menschenmögliche für Sie getan wird in der Hoffnung, dass Sie vielleicht zu den wenigen gehören, die nach jahrelanger Therapie in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren können?
- Oder ist Ihnen die Vorstellung einer langjährigen totalen Abhängigkeit zu erschreckend, so dass Sie lieber auf diese Lebensmöglichkeit verzichten wollen und nach einer von Ihnen zu bestimmenden Zeit weitere Maßnahmen zur Lebensverlängerung ablehnen?

Natürlich werden Ihre Antworten auf diese Fragen davon abhängen, ob Sie alt oder jung sind, unheilbar krank oder gesund. Sie hängen aber auch ab von Ihren Einstellungen zu dem hinter Ihnen liegenden Lebensabschnitt und von Ihren Vorstellungen über die vor Ihnen liegende Lebensspanne. Und je nach Lebenssituation können die Antworten im Laufe Ihres Lebens immer wieder anders ausfallen.

# MEINE WERTVORSTELLUNGEN

## Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung

Die folgenden Fragen sollen Sie anregen, über Ihre eigenen Lebenseinstellungen und Wertvorstellungen nachzudenken:

- Können Sie Ihr Leben rückblickend als gelungen bezeichnen? Oder würden Sie lieber – wenn Sie könnten – Ihr Leben ganz anders führen? Sind Sie enttäuscht worden vom Leben? Gibt es viele unerfüllte Wünsche, von denen Sie hoffen, dass sie zukünftig noch erfüllt werden könnten?
- Wie sind Sie bisher mit leidvollen Erfahrungen in Ihrem Leben umgegangen? Haben Sie sich dabei von anderen helfen lassen oder haben Sie versucht, alles allein zu regeln und alles mit sich selbst auszumachen?
- Haben Sie Angst, anderen zur Last zu fallen oder sind Sie der Meinung, dass Sie sich getrost helfen lassen dürfen?
- Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Lebensgestaltung? Und welche Rolle spielt sie in Ihren Zukunftserwartungen, auch über den Tod hinaus?
- Wollen Sie noch möglichst lange leben? Oder ist Ihnen die Intensität Ihres zukünftigen Lebens wichtiger als die Lebensdauer? Geht Ihnen die Qualität des Lebens vor Quantität oder umgekehrt, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist?
- Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Wie gehen Sie damit um? Gibt es für Sie einen Unterschied in der Wertung zwischen geistiger und körperlicher Behinderung? Was wäre die schlimmste Behinderung, die Sie selbst treffen könnte?
- Gibt es viele „unerledigte“ Dinge in Ihrem Leben, für deren Regelung Sie unbedingt noch Zeit brauchen?
- Welche Rolle spielen Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen in Ihrem Leben? Haben Sie gern vertraute Menschen um sich, wenn es Ihnen schlecht geht oder ziehen Sie sich lieber zurück? Können Sie sich vorstellen, einen Menschen beim Sterben zu begleiten? Würden Sie eine solche Begleitung für sich selber wünschen?

Beschäftigen Sie sich mit den Fragen, die für Sie jetzt wirklich wichtig sind. Nehmen Sie sich Zeit dafür und sprechen Sie mit vertrauten Menschen darüber und notieren Sie die wichtigsten Gedanken auf dem Beiblatt „Meine Wertvorstellungen“. Dieses Beiblatt ist als ergänzende Erläuterung Teil Ihrer Patientenverfügung. Es dient dazu, die Ernsthaftigkeit und Glaubwürdigkeit Ihrer Entscheidung zu unterstreichen und Ihre persönlichen Überlegungen zu verdeutlichen. Wenn Sie diese nicht ausführlich niederschreiben wollen, genügt es auch, einige der beispielhaft genannten Fragen schriftlich zu beantworten. Zumindest sollten Sie aber **mit eigenen Worten möglichst handschriftlich** zum Ausdruck bringen, dass Sie sich gründlich mit der Bedeutung einer Patientenverfügung befasst, den Inhalt der vorgeschlagenen Formulierung verstanden haben und dass die jeweils von Ihnen angekreuzten Aussagen Ihrem eigenen Willen entsprechen. Dann kann später Ihre Verfügung nicht mit der Behauptung angezweifelt werden, Sie hätten möglicherweise einen Vordruck unbesehen oder ohne genaue Vorstellung seiner inhaltlichen Bedeutung unterschrieben.

Sie haben dabei auch die Möglichkeit, sich grundsätzlich zur Frage der Wiederbelebung im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines akuten Lungenversagens zu äußern, wenn Sie das aufgrund Ihres Alters, Ihrer Lebenseinstellung oder Ihrer Krankheitssituation wünschen. Sie können beispielsweise auch festlegen, ob eingreifende Maßnahmen wie Dialyse, künstliche Beatmung, Intensivbehandlung oder große Operationen vorgenommen oder unterlassen werden sollen, wenn Sie sich noch nicht im Endstadium einer Demenz befinden, aber die Fähigkeit zur Kommunikation erloschen ist. Einzelheiten darüber sollten Sie mir einem Arzt oder einer Ärztin besprechen. Das gilt insbesondere für den Fall schwerer Krankheit.





# PATIENTENVERFÜGUNG

**So vielfältig wie die Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen der Bürgerinnen und Bürger sind, können auch die individuellen Entscheidungen des Einzelnen sein, die sich daraus ergeben und die dann ihren Ausdruck in Patientenverfügung finden. Deshalb kann es kein einheitliches Muster geben, das für jeden Menschen gleichermaßen geeignet wäre.**

**Die folgenden Textbausteine verstehen sich als Anregung, Entscheidungs- und Formulierungshilfe. Auf die Erläuterungen in der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz wird verwiesen.**

## Die Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.2) und welche Behandlungswünsche der Verfasser in diesen Situationen hat (Formulierungshilfen hierzu unter 2.3). Auch vor dem Hintergrund der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Beschlüsse vom 6. Juli 2016 – XII ZB 61/16, vom 8. Februar 2017 – XII ZB 604/15 und vom 14. November 2018 – XII ZB 107/18) sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z.B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z.B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 2.3, die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor zu beschriebene konkrete Behandlungssituation genommen („In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,“). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 2.3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden (vgl. auch Fußnote 3). Im Einzelfall kann sich die erforderliche Konkretisierung aber auch bei einer weniger detaillierten Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben (vgl. Beschluss des BGH vom 8. Februar 2017 und BGH XII ZB 107/18 vom 14. November 2018).

### 2.1 Eingangsformel

Ich ...

*(Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in)*

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

### 2.2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte *(können namentlich benannt werden)* aller Wahrscheinlichkeit nach

## PATIENTENVERFÜGUNG

---

unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist<sup>1</sup>.

- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen<sup>2</sup>.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

---

*(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)*

### 2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

#### 2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten. oder
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.<sup>3</sup>

---

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

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

3 Die Äußerung, "keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

## PATIENTENVERFÜGUNG

### 2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung<sup>4</sup>

- In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,
- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.  
*oder*
- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf

### 2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr<sup>5</sup>

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.  
*oder*
- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>6</sup> zur Beschwerdelinderung erfolgen.  
*oder*
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

### 2.3.4 Wiederbelebung<sup>7</sup>

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.  
*oder*
- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- , dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

---

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

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

<sup>6</sup> Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

<sup>7</sup> Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

## PATIENTENVERFÜGUNG

---

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

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

### 2.3.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

### 2.3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.  
*oder*
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### 2.3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.  
*oder*
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>6</sup> zur Beschwerdelinderung.  
*oder*
- keine Antibiotika.

### 2.3.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.  
*oder*
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>6</sup> zur Beschwerdelinderung.  
*oder*
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

### 2.4 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.  
*oder*
- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.  
*oder*
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

## PATIENTENVERFÜGUNG

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:

---

---

---

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

---

---

---

hospizlichen Beistand.

### 2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

---

---

---

### 2.6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

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

## PATIENTENVERFÜGUNG

---

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

### 2.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

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

#### **Bevollmächtigte(r)**

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

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

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

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

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf. und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

#### **Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer**

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

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

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

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

### 2.8 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

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

---

---

## PATIENTENVERFÜGUNG

---

### 2.9 Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu<sup>8</sup> (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)<sup>9</sup>
  - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
  - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

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

### 2.10 Schlussformel

2.11 Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.<sup>10</sup>

### 2.12 Schlussbemerkungen

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

### 2.13 Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei / durch

---

und beraten lassen durch

---

---

<sup>8</sup> Die Informationsbroschüren „Antworten und wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 51 101 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: order@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

<sup>9</sup> Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter [www.bundesarztekkammer.de/downloads/arbeitspapier\\_patientenverfuegung\\_organspende\\_18012013.pdf](http://www.bundesarztekkammer.de/downloads/arbeitspapier_patientenverfuegung_organspende_18012013.pdf). Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

<sup>10</sup> Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

## PATIENTENVERFÜGUNG

---

### 2.14 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau

---

wurde von mir am

---

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

---

Datum

Unterschrift

Stempel der Ärztin/des Arztes

- Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

### 2.15 Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.  
*oder*
- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (*Zeitangabe*) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:  
(*Alternativen*)
  - in vollem Umfang.
  - mit folgenden Änderungen:

---

---

---

---

---

---

---

Datum

Unterschrift



# Verzeichnis der erteilten Vollmachten/Verfügungen

Aufbewahrungsort

**Ich,**

Vollmachtgeber/in: Eigener Name, Vorname

Geburtsdatum

**habe nachfolgend aufgeführten Vollmachten und Verfügungen erteilt:**

## 1. bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mail-Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

## 2. bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mail-Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

**Die bevollmächtigten Personen sind mit folgenden Vollmachten/Verfügungen ausgestattet:**

1. bevollmächtigte Person

2. bevollmächtigte Person

Vorsorgevollmacht, ausgestellt am

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betreuungsverfügung, ausgestellt am

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patientenverfügung, ausgestellt am

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontovollmacht für

Geldinstitut

Kontonummer

Ausstellungsdatum: 1. bevollmächtigte Person

2. bevollmächtigte Person

Geldinstitut

Kontonummer

Ausstellungsdatum: 1. bevollmächtigte Person

2. bevollmächtigte Person

# Nachlassangelegenheiten

---

## Mein Testament ist hinterlegt bei

---

Name, Vorname

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

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

---

---

---

### Meine letzte Ruhestätte habe ich ausgewählt/bereits erworben

---

Name des Friedhofes

Ort der Grabstätte

---

Straße

Postleitzahl und Ort

### Ich habe eine Sterbeversicherung

---

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

## Folgende Personen (Verwandte/Bekannte) sollen informiert werden

---

Name

Verhältnis

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Name

Verhältnis

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Name

Verhältnis

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

Name

Verhältnis

Telefonnummer

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

# Mein Leben

---

Name	Geburtsname	Vorname
------	-------------	---------

---

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

---

Eltern, Geschwister

---

Kindheit, Schul- und Jugendzeit

---

Heirat: Datum und Ort

---

Ehepartner: Name	Geburtsname	ggf. Sterbedatum
------------------	-------------	------------------

---

Kinder

---

Beruf erlernt, ausgeübt bis zum Ruhestand

---

Datum Eintritt in den Ruhestand

---

Lieblings-/Freizeitbeschäftigungen

---

Tätigkeit in Vereinen/sonstige ehrenamtliche Tätigkeiten

---

Durchgestandene schwere Krankheiten/Leiden/Schicksalsschläge

---

Was sollte zusätzlich noch besonders erwähnt werden

---

---

# Im Todesfall

---

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen meist schwer, einen klaren Kopf zu behalten. Die nachfolgende Auflistung kann Ihnen helfen, die notwendigen Schritte einzuleiten.

## Bestattung

- Todesbescheinigung vom Arzt ausstellen lassen
- Bestattungsunternehmen beauftragen
- Sterbeurkunde am Standesamt des Sterbeortes spätestens am 3. Werktag mehrfach beantragen
- Kirchengemeinde verständigen
- Beerdigungstermin festlegen
- Traueranzeige in Zeitung aufgeben
- Trauerkarten bestellen und versenden

## Informieren

- Nächste Angehörige
- Arbeitgeber
- Krankenkasse
- Rentenversicherung/Pensionsstelle
- Lebens-/Sterbegeldversicherung
- Banken

## Wohnung

- Mietwohnung/Garage kündigen
- Wohnungsauflösung vorbereiten
- Schlussablesungen für Strom, Heizung, Wasser veranlassen

## Kündigen/Abmelden/Umschreiben

- Versicherungen
- Mitgliedschaften
- Abonnements
- Radio/Fernsehen...
- Telefon/Handy/Emailaccounts...
- Kfz

Viele der hier aufgelisteten Aufgaben können Sie auch einem Bestattungsinstitut übertragen. Dies ist möglicherweise mit Kosten verbunden.


# Notfallkarte

Hier haben Sie Möglichkeit, für sich und Ihre Angehörigen bzw. weitere Vertrauenspersonen ein Notfallkärtchen herauszutrennen. Dieses bewahren Sie am besten im Geldbeutel auf, um im Notfall jederzeit Zugriff auf die wichtigsten Informationen zu haben.

Bitte denken Sie daran, auf den Notfallkärtchen folgende Angaben zu machen:

– Allergien (z. B. auf Medikamente/Wirkstoffe)	– Im Notfall zu verständigende Person
– Künstliche Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Hüftgelenk)	– Kontaktdaten des Hausarztes
– Lebenswichtige Medikamente (z. B. gegen Diabetes, Antikoagulanzen wie Marcumar)	

Auf den Kärtchen können sie auch angeben, ob Sie über eine Patientenverfügung und/oder eine Vorsorgevollmacht verfügen, wo diese genau zu finden sind und wer die bevollmächtigte Person ist.

<p>Im Notfall zu verständigende Person</p> <hr/> <hr/>	<b>NOTFALLKARTE</b>  <b>112</b>
<p>Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht</p> <hr/> <hr/>	
<p>Aufbewahrungsort</p> <hr/> <hr/>	
<p>Im Notfall zu verständigende Person</p> <hr/> <hr/>	<b>NOTFALLKARTE</b>  <b>112</b>
<p>Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht</p> <hr/> <hr/>	
<p>Aufbewahrungsort</p> <hr/> <hr/>	
<p>Im Notfall zu verständigende Person</p> <hr/> <hr/>	<b>NOTFALLKARTE</b>  <b>112</b>
<p>Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht</p> <hr/> <hr/>	
<p>Aufbewahrungsort</p> <hr/> <hr/>	

<hr/> Name / Vorname <hr/> <hr/> Anschritt <hr/> Geburtsdatum <hr/>	<hr/> lebenswichtige Medikamente <hr/> Allergien <hr/> Künstliche Implantate <span style="float: right;">Blutgruppe</span> <hr/> Kontaktdaten des Hausarztes <hr/>
<hr/> Name / Vorname <hr/> <hr/> Anschritt <hr/> Geburtsdatum <hr/>	<hr/> lebenswichtige Medikamente <hr/> Allergien <hr/> Künstliche Implantate <span style="float: right;">Blutgruppe</span> <hr/> Kontaktdaten des Hausarztes <hr/>
<hr/> Name / Vorname <hr/> <hr/> Anschritt <hr/> Geburtsdatum <hr/>	<hr/> lebenswichtige Medikamente <hr/> Allergien <hr/> Künstliche Implantate <span style="float: right;">Blutgruppe</span> <hr/> Kontaktdaten des Hausarztes <hr/>

3.Auflage (September 2019)

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Landratsamt Deggendorf  
Herrenstraße 18  
94469 Deggendorf  
Tel. 0991/3100-0  
Email [poststelle@lra-deg.bayern.de](mailto:poststelle@lra-deg.bayern.de)

### **Ansprechpartner**

Sachgebiet 50 - Soziale Angelegenheiten  
Tel. 0991/3100-315/281

### **Verteilung**

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

Ebenso können Sie diese Broschüre auch  
unter [www.landkreis-deggendorf.de](http://www.landkreis-deggendorf.de)  
Formular und Merkblätter > Buchstabe N > Notfallmappe  
herunterladen.

Vorlage Vordrucke für Vorsorgevollmacht,  
Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Textbausteine vom  
Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Stand 01/2019

