



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

wie schnell kann jedem von uns etwas zustoßen! Ein unbedachter Schritt, ein Unfall oder eine plötzliche Krankheit können uns in unserem Alltag schnell aus dem Tritt bringen. Ein solcher Ernstfall kann Menschen jeden Alters zu jedem Zeitpunkt ereilen. Dann zählt jede Sekunde: Wichtige Telefonnummern müssen gleich zur Hand sein und für diejenigen, die sich um alles kümmern müssen, entstehen eine Menge von Fragen zu persönlichen Daten.

Um Ihnen und all denen, die im Notfall für Sie da sind, eine kleine Hilfe an die Hand zu geben, ist die Idee zu der vorliegenden Sammelmappe für Ihre persönlichen Daten entstanden, in Zusammenarbeit zwischen der Betreuungsbehörde des Landkreises Kaiserslautern, der „Leitstelle Älterwerden“, Vereinen, Institutionen und Bürgerinnen und Bürgern unseres Landkreises. Sie umfasst Vordrucke zu relevanten Themen, wie etwa Informationen über Versicherungen und Verträge, Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung, Hinweise bei Eintritt eines Todesfalls oder Nachlassangelegenheiten.

Die Vorlagen im übersichtlichen Ordnungssystem sollen Ihnen dabei helfen, die für Sie wichtigen persönlichen Angaben „für alle Fälle“ einzutragen und damit für einen Ernstfall zu hinterlegen. Diese Unterlagen sind allerdings nur dann hilfreich, wenn Sie Ihre Einträge regelmäßig überprüfen und alle Änderungen aktualisieren. Informieren Sie bitte auch Ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen, dass es eine solche Mappe mit persönlichen Angaben gibt und wo sie zu finden ist.

Unser Ziel ist es, Sie dabei zu unterstützen, mit einem guten Gefühl „für alle Fälle“ vorbereitet zu sein. Wir bedanken uns bei allen Mitwirkenden, die diese Vorlagensammlung für Sie vorbereitet haben.

Die rege Nachfrage, die unsere Mappe seit ihrem Erscheinen im letzten Jahr ausgelöst hat, hat uns bewogen, in diesem Jahr eine dritte Auflage herauszugeben. Darüber hinaus sind die Unterlagen der Mappe auf der Bürgerservice-Seite unserer Homepage als PDF zum Ausdrucken hinterlegt:

<https://www.kaiserslautern-kreis.de/buergerservice/7/infobroschueren.html>

Vor allem aber drücken wir Ihnen die Daumen, dass für Sie kein Ernstfall eintritt, der den Einsatz dieser Mappe erfordern würde.

Mit den besten Grüßen

Ralf Leßmeister
Landrat

Peter Schmidt
Kreisbeigeordneter



Persönliche Daten

**Bitte denken Sie daran, diese Daten bei jeder
Veränderung auf den aktuellen Stand zu bringen**

Zu meiner Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Konfession
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)	
Telefon	E-Mailadresse

Familienstand

ledig	<input type="checkbox"/>	verheiratet	<input type="checkbox"/>	verpartnert	<input type="checkbox"/>
getrennt lebend	<input type="checkbox"/>	geschieden	<input type="checkbox"/>	verwitwet	<input type="checkbox"/>

Wohnsituation

allein lebend	<input type="checkbox"/>	nicht allein lebend	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Pflegestufe/Pflegegrad

1 2 3 4 5

Vorsorgevollmacht vorhanden

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Patientenverfügung vorhanden

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Betreuungsverfügung vorhanden

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Testament

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Ehepartnerin/-partner/Lebenspartnerin/-partner

Name	Vorname
frühere Namen	Geburtsdatum
Anschrift wie oben	
sonstige	
Telefon	E-Mailadresse

Haustiere

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Folgende Personen können sich um meine Haustiere kümmern

Name	Vorname
Telefon	

Eltern, Geschwister, Kind, Verwandte

Elternteil Geschwister Kind Sonstige

Name

Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)

Telefon

E-Mailadresse

Verwandtschaftsverhältnis

Elternteil Geschwister Kind Sonstige

Name

Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)

Telefon

E-Mailadresse

Verwandtschaftsverhältnis

Elternteil Geschwister Kind Sonstige

Name

Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)

Telefon

E-Mailadresse

Verwandtschaftsverhältnis

Elternteil Geschwister Kind Sonstige

Name

Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)

Telefon

E-Mailadresse

Im Notfall zu benachrichtigen

Name	Vorname
Telefon	E-Mailadresse

Name	Vorname
Telefon	E-Mailadresse

Name	Vorname
Telefon	E-Mailadresse

Name	Vorname
Telefon	E-Mailadresse

Personen, *die in keinem Fall* eine Nachricht erhalten sollen

Name	Vorname

Ich wünsche die Aufnahme in folgendem Krankenhaus:

Ich wünsche die Aufnahme in folgendem stationären Hospiz:

Beruf

Bei nichtselbstständiger Berufsausübung

Berufliche Tätigkeit

Name/Anschrift Arbeitgeber

Telefon Arbeitgeber/E-Mailadresse Arbeitgeber

Bei Selbstständigkeit/freiberuflicher Tätigkeit

Name/Anschrift der Firma

Telefon/E-Mailadresse

Steuerberater

Name/Anschrift des Steuerberaters

Telefon/E-Mailadresse

Notar/Rechtsanwalt

Name/Anschrift des Notars/Rechtsanwalts

Telefon/E-Mailadresse

Finanzamt

Name/Anschrift des Finanzamts

Steueridentifikationsnummer

Telefon/E-Mailadresse

Aufbewahrungsort wichtiger Dokumente

Krankenkassenkarte

Notfall-/Ausweis

Allergiepass

Betreuungsverfügung

Diabetiker-Ausweis

Ehevertrag

Erbvertrag

Familienstammbuch

Geburtsurkunde

Heiratsurkunde

Impfpass

Organspendeausweis

Patientenverfügung

Personalausweis

Röntgenpass

Schwerbehinderten-Ausweis

Vorsorgevollmacht

Wo zu finden



berichtigung
Finanzen
Verträge
Wasser
Telefon / Internet
Zahlung
Auto

Rente/Versorgung

Versicherungen

Finanzen

Verträge

Mitgliedschaften

Rente/Versorgung/Versicherungen

(z.B. gesetzl. Rente, private Rente, Beamtenversorgung, sonstige Altersversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sterbegeld, Lebensversicherung, Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung, Sterbekasse ...)

Rente Rentenanstalt

Rente Rentenanstalt

Versorgung Versorgungsanstalt

Sonstige Altersversorgung Versorgungsanstalt

Krankenversicherung Krankenkasse

Pflegeversicherung Versicherungsagentur/Ansprechpartner

Versicherung Versicherungsagentur/Ansprechpartner

Versicherung Versicherungsagentur/Ansprechpartner

Versicherung Versicherungsagentur/Ansprechpartner

Versicherung Versicherungsagentur/Ansprechpartner

Versicherung Versicherungsagentur/Ansprechpartner

Versicherung Versicherungsagentur/Ansprechpartner

Finanzen

Art des Kontos Bank

Fahrzeuge

Kennzeichen Hersteller/Typ Standort

Kennzeichen Hersteller/Typ Standort

Kennzeichen Hersteller/Typ Standort

Haus-/Grundbesitz

Grundbuch von Flurstück Nr

Grundbuch von Flurstück Nr

Grundbuch von Flurstück Nr

Grundbuch von Flurstück Nr

Verträge

(z.B. Mietvertrag, Energieversorgung, Telefon-/Internetdienstleister, Zeitung, Bestattungsvorsorge ...)

Art des Vertrages Vertragspartner

Art des Vertrages Vertragspartner

Art des Vertrages Vertragspartner

Art des Vertrages Vertragspartner

Mitgliedschaften

Verein/Verband Ansprechpartner

Verein/Verband Ansprechpartner

Verein/Verband Ansprechpartner

Digitale Medien

(z.B. E-Mailkonten, Soziale Netzwerke, Cloud-Speicher, Onlinekonten ...)

Art Anbieter

Art Anbieter

Passwörter sind hinterlegt

Blank area for recording passwords.



Vorsorgedokumente

Vorsorge-Vollmacht, Betreuungs-Verfügung und Patienten-Verfügung stellen eine gute Möglichkeit dar, sich für den Fall einer eigenen Handlungsunfähigkeit abzusichern.

Allerdings sind je nach Lebenslage unterschiedliche Dinge zu berücksichtigen. Bevor Sie eines der nachstehenden Vorsorge-Dokumente erstellen, sollten Sie sich daher unbedingt von der örtlichen Betreuungsbehörde, einem Notar, einem Betreuungsverein oder Ihrem Arzt beraten lassen.

Vorsorge-Vollmacht

„Mein Ehepartner kann für mich entscheiden, wir sind ja verheiratet“. Ein weit verbreiteter Irrtum, der bei manchen Menschen schon zu vermeidbaren Schwierigkeiten geführt hat. Grundsätzlich können volljährige Menschen nur für sich selbst bestimmte persönliche Entscheidungen treffen. Auch eine Auskunft von einer Behörde oder einem Arzt bekommen in der Regel nur die betroffenen Personen selbst. Der Status „verwandt“ oder „verheiratet“ hilft in diesem Fall nicht weiter.

Der Zugriff auf das Bankkonto einer anderen Person ist nur möglich, wenn eine entsprechende Vollmacht vorliegt. Genauso sind auch Auskünfte von Ärzten, Entscheidungen über medizinische oder pflegerische Versorgung usw. nur bei Vorlage einer entsprechenden Vollmacht möglich.

Mit der Vorsorge-Vollmacht kann man eine Vertrauensperson bestimmen, die für bestimmte Bereiche entscheidungsbefugt ist und auch alle hierfür erforderlichen Informationen abfragen darf.

Die Vordrucke, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, sind der Broschüre des Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz entnommen. Kontakt für den Bezug der ausführlichen, kostenlosen Broschüre mit Informationen zu Betreuungsrecht und Vorsorgevollmacht:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 481009

18132 Roststock

Telefon: (030) 182722721

Fax: (030) 18102722721

Publikationsbestellung: www.bmjv.de

Weitere Informationen dazu auf der Homepage der Kreisverwaltung Kaiserslautern,

Betreuungsbehörde: www.bb-kaiserslautern.de

Möglichkeit der Registrierung ihrer Vorsorgedokumenten:

Die Bundesnotarkammer führt das Zentrale Vorsorgeregister. Es dient der schnellen und zuverlässigen Information der Betreuungsgerichte über vorhandene Vorsorgeurkunden (Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügungen, auch in Verbindung mit einer Patientenverfügung). Dadurch werden unnötige Betreuungen im Interesse der Bürgerinnen und Bürger vermieden, deren Wünsche optimal berücksichtigt und Justizressourcen geschont.

Telefon: (0800) 3550500 (gebührenfrei). Telefax: (030) 38386677

E-Mail: info@vorsorgeregister.de

Internet: www.vorsorgeregister.de

VOLLMACHT

Ich _____ (Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Adresse _____

Telefon, Telefax, E-Mail _____

erteile hiermit Vollmacht an

_____ (bevollmächtigte Person)
Name, Vorname

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Adresse _____

Telefon, Telefax, E-Mail _____

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

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

Fortsetzung Seite 2

1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. JA NEIN
- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, 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. JA NEIN
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
- über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB) JA NEIN
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) JA NEIN
- über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB) JA NEIN
- über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB) JA NEIN
- entscheiden.



2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

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



Fortsetzung Seite 3

3. Behörden

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



4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich JA NEIN
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) JA NEIN
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen JA NEIN
- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) JA NEIN
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den folgenden 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:

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

Fortsetzung Seite 4

- 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

6. Vertretung vor Gericht

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

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen. JA NEIN

8. Betreuungsverfügung

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

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus. JA NEIN

10. Weitere Regelungen

■

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Betreuungs-Verfügung

Manchmal verändern sich Dinge im Leben, die durch eine vorhandene Vollmacht nicht berücksichtigt werden konnten. Wenn die betroffene Person nicht mehr in der Lage ist, die Vollmacht anzupassen (z.B. bei einer Demenzerkrankung oder nach einem Schlaganfall), benötigt man häufig eine gesetzliche Betreuung. Diese wird vom zuständigen Betreuungsgericht angeordnet. Das Betreuungsgericht sucht auch die Betreuerin/den Betreuer aus.

In einer Betreuungs-Verfügung kann man vorab festlegen, wer in diesem Fall als Betreuer eingesetzt werden soll und wer nicht. Das Betreuungsgericht muss diesem Wunsch folgen. Das Betreuungsgericht wird Ihrem Wunsch folgen, soweit nicht schwerwiegende Gründe dagegensprechen.

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Ort, Datum

Unterschrift

Patienten-Verfügung

Die Formulare zur Patientenverfügung sind als Hilfestellung bei der eigenen Auseinandersetzung mit dem Thema und der Erstellung einer individuellen Ausfertigung gedacht. Sie sollten keinesfalls schematisch übernommen werden. Die Vordrucke verstehen sich lediglich als Anregungen und Formulierungshilfen. Eine Patientenverfügung muss aber grundsätzlich jeder für sich selbst nach seinen individuellen Wertenvorstellungen und Behandlungswünschen für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit erstellen.

Um sich selbst Klarheit über das Gewollte zu verschaffen und um Wertwidersprüche zwischen einzelnen Äußerungen und Festlegungen zu vermeiden, empfehlen wir, sich bei der Abfassung einer solchen Patientenverfügung durch einen Arzt, eine andere fachkundige Person oder Organisation beraten zu lassen.

Sinnvoller Weise sollten die Formulare unter Einbeziehung der Broschüre „wer hilft mir wenn“ erfolgen, aus der das Muster stammt.

Die Vordrucke können auch auf der Homepage des Ministeriums für Justiz und Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz auf der Homepage über den Pfad „Ministerium/Service/Broschüren“

abgerufen werden: www.mjv.rlp.de

Ich, (Name) (Vorname)

geb. am

wohnhaft in

verfasse hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Patientenverfügung:

Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für den folgenden Fall
(*Betreffendes bitte ankreuzen*):

- 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 ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess 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.
- Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (wenn gewünscht):

.....

.....

In allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. 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.

bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.

keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).

die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

keine Wiederbelebensmaßnahmen.

keine künstliche Beatmung, 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.

keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.

keine Bluttransfusion.

Ich möchte

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

Ich wünsche

- Beistand durch folgende Personen:
.....
.....
- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirchen oder Weltanschauungsgemeinschaft:
- hospizlichen Beistand

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

Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter:
.....
.....

Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl eines Betreuers erstellt.

Gewünschte Betreuerin oder gewünschter Betreuer:
.....
.....

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Meine Vertreterin oder mein Vertreter soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

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

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung überprüft. Sie entspricht auch heute noch in vollem Umfang meinem Willen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



**Im Todesfall werden folgende
Unterlagen benötigt**

Ich habe folgende Wünsche hinsichtlich meiner Bestattung:

Art der Bestattung

Seelsorgerische Begleitung

Todesanzeige

Gestaltung der Trauerfeier

Grabgestaltung

Im Todesfall werden folgende Unterlagen benötigt:

Bei jedem Todesfall muss beim Standesamt eine Sterbeurkunde (mehrere Exemplare) beantragt werden. Dazu sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Todesbescheinigung (vom Arzt oder der Ärztin auszustellen)
- Personalausweis oder Reisepass der verstorbenen Person
- Geburtsurkunde der verstorbenen Person
- ggf. Heiratsurkunde
- ggf. Scheidungsurteil bzw. Sterbeurkunde Ehegatte

Weitere erforderliche Unterlagen:

- Rentenbescheid der verstorbenen Person
- ggf. Vorsorge Bestattung
- ggf. Versicherung (Sterbegeld)

Maßnahmen, die nach dem Tod zu treffen sind

Erledigt am

- Totenschein bei (Unfall-) Arzt oder Krankenhaus einholen _____
- Bestattungsunternehmen beauftragen _____
- Beerdigungstermin festlegen _____
- Kirchengemeinde _____
- Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach beantragen) _____
- Trauerkleidung kaufen _____
- Traueranzeigen in Zeitungen in Auftrag geben _____
- Trauerkarten _____
- Unterbringung auswärtiger Gäste _____
- Benachrichtigung an Arbeitgeber/Dienstherrn _____
- Sonderurlaub beim eigenen Arbeitgeber beantragen _____
- Krankenkasse _____
- Testament an Notar oder Nachlassgericht übergeben _____
- Lebens-/Sterbegeldversicherung einfordern _____
- Rentenversicherungsträger; Besoldungs- und Versorgungsstelle _____
- Versicherungen/Zusatzversicherungen benachrichtigen _____
- ggf. Versorgungsamt benachrichtigen _____
- Finanzamt benachrichtigen _____
- Banken/Sparkassen/Finanzangelegenheiten klären _____
- Arbeitgeber-, Berufsverband, Gewerkschaft benachrichtigen _____
- Vereine benachrichtigen _____
- Mitgliedschaften kündigen _____
- TV, Rundfunk und Telefon abmelden bzw. umschreiben _____
- Abonnements kündigen bzw. umschreiben _____