

KREISSENIORENRAT
LANDKREIS KONSTANZ

In Zusammenarbeit mit den
Stadt- und Ortsseniorenräten des Landkreises

VORSORGE MAPPE

Sicherheit und Selbstbestimmung bei
Krankheit und Behinderung



Vorsorgemappe mit den offiziellen Formularen und Textbausteinen des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) zu Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung - mit vielen Erläuterungen

Inhalt

Grußwort Landrat und Kreissenorenrat	1
Wichtige Daten	
Persönliche Daten, Wichtige Rufnummern	2
Schlüssel, Wohnung, im Notfall zu benachrichtigende Personen	3
Gesundheit	
Hausarzt, Krankheiten, Medikamente, Allergien, Krankenversicherung	4
Vorsorgeregungen	
Versicherungen, Bank-/Steuerunterlagen, Vorsorgeverfügungen	5
Nachlassregelungen	
Testament, Bestattungsvorgaben	6
Was ist nach einem Todesfall zu tun?	7 - 8
Zunehmende Digitalisierung	8
Formularvordrucke	
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung	9 - 20
Informationen zur Vorsorgevollmacht	21 - 23
Informationen zur Patientenverfügung	23 - 25
Informationen zur Betreuungsverfügung	26
Notizen	27
Betreuungsvereine	28
Organspendeausweis / Notfallkarte	U3

Die Formularvordrucke finden Sie in der Mitte des Heftes zwischen den Blättern 9 und 18. Sie können die Formulare direkt ausfüllen oder herausnehmen oder als Kopiervorlagen benutzen.

Impressum

Herausgeber: ©
Kreissenorenrat Konstanz und Landratsamt Konstanz
 Benediktinerplatz 1 | 78467 Konstanz
 Telefon: 075 31/800-1787
 E-Mail: ksr@landkreis-konstanz.de

Satz und Druck:
Eigenart e.K. | Rolf Schneider
 Bisinger Berg 1 | 72415 Grosselfingen
 Telefon 0 74 76/9 44 49-0
 E-Mail: info@eigenart.de
 Internet: www.eigenart.de

Redaktion:
Kreissenorenrat:
 Dr. Michael Hess, Peter Kirchhoff, Roland Scheffold, Gabriele Glocker, Dr. Xaver Müller, Barbara Hanke-Hassel, Gaby Hotz, Dr. Bernd Eberwein

Landratsamt:
 Stefan Basel (Sozialdezernent)
 Markus Jungk (Betreuungsbehörde)

Bildquellenhinweis:
 Titelseite und Seiten U1, 8, 9, 13, 19 und 23:
 AdobeStock.com

9. Auflage (unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des BGH und der Datenschutzgrundverordnung) Stand Mai 2023
 Die von uns gegebenen Hinweise und Textmuster wurden nach bestem Wissen erstellt bzw. wiedergegeben. Eine rechtsverbindliche Beratung durch Fachkräfte können sie nicht ersetzen. Der SKM Konstanz war eine wichtige Hilfe bei der Patientenverfügung. Eine Haftung für materielle oder ideelle Schäden auf Grund der gegebenen Informationen oder vorgeschlagenen Formulierungen ist ausgeschlossen. © Kreissenorenrat Konstanz



KREISSENIORENRAT
 LANDKREIS KONSTANZ

Grußwort des Landrats und des Kreissenorenrats

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Bürgerinnen und Bürger,

ob Jung oder Alt, jeden von uns kann es jeden Tag treffen. Wie uns allen bekannt ist, kann ein unerwarteter Unfall oder eine plötzliche Krankheit das Leben erschweren. In solchen Situationen ist es oft undenkbar, auf die Hilfe anderer zu verzichten.

Vor allem die ältere Gesellschaft benötigt unter diesen Umständen, aufgrund der meist verschlechterten Entscheidungsfähigkeit, einen Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuenden, welcher in der Lage ist, wichtige Entscheidungen für die hilfsbedürftige Person zu treffen.

Sorgen Sie vor. Damit gehen Sie sicher, dass Ihr Wille auch dann beachtet wird, wenn Sie infolge eines Unfalls, einer Erkrankung oder einer Behinderung zu einer Willensbildung vorübergehend oder anhaltend nicht mehr in der Lage sein sollten. Sie können mit der vorliegenden Vorsorgemappe wichtige Informationen weitergeben, damit Ihnen bei Bedarf schnell und sachgerecht nach Ihren Vorstellungen geholfen wird.

Nehmen Sie sich genügend Zeit um Ihre Gedanken zu ordnen und zu überlegen, was Ihnen wichtig ist, um die Mappe nach Ihren Vorstellungen zu gestalten. Die Daten, die Sie eintragen bestimmen, was nach einem Notfall geschehen soll. Diese Blätter können auf Ihren Wunsch ergänzt und korrigiert werden. Sie haben zudem auch die Möglichkeit weitere Blätter, Formulare und Urkunden, die für Sie wichtig sind, einzulegen oder den Aufbewahrungsort wichtiger Papiere zu vermerken.

Die in dieser Broschüre aufgeführten Textalternativen zum Ankreuzen sind Vorschläge, die für viele Fälle geeignet sind. Es wird empfohlen, dass spezifische Versorgungsverfügungen individuell formuliert werden sollten (am besten

handschriftlich), ggfs. auch zusammen mit einem Notar. Sie haben gut vorgesorgt, wenn Sie eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht haben, die in der Regel die gesetzliche Betreuung ersetzt. Die beigefügten Texte dienen für Sie als Beispiele, um eine bessere Vorstellung zu haben. Wenn Sie an weiteren Texten interessiert sind, so können Sie im Internet auf der Website des Bundesministeriums der Justiz, bei der christlichen Patientenverfügung oder unter dem Link: www.freiburger-patientenverfuegung.de nachschauen.


Wir möchten Ihnen ans Herz legen, die Abfassung einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung nicht aufzuschieben, sondern noch bei guter Gesundheit damit anzufangen. Dabei ist es wichtig, dass Sie Ihre Angehörigen und/oder Ihre Vertrauensperson(en) darüber informieren, wo Sie die Vorsorgemappe aufbewahren, damit diese im Notfall darauf Zugriff haben können.


Sprechen Sie über solche Vorsorgemaßnahmen mit Ihren Angehörigen, Freunden, Nachbarn und Bekannten. Machen Sie gerne auf die Möglichkeit einer solchen Vorsorge aufmerksam.

Die Vorsorgemappe ist im Büro des Kreissenorenrats im Landratsamt Konstanz erhältlich und steht im Internet unter www.kreissenorenrat-konstanz.de zum Download zur Verfügung.

Mehr Informationen und Beratungen zur Vorsorgevollmacht erhalten Sie bei der Betreuungsbehörde des Landratsamtes in der Scheffelstraße 15, 78315 Radolfzell, unter der Telefonnummer 075 31 / 800-2663 und -2664, wie auch bei Betreuungsvereinen, Anwälten, Notaren oder Amts-/Betreuungsgerichten.


 Zeno Danner
 Landrat


 Gaby Hotz
 Vorsitzende des Kreissenorenrates


 Dr. Bernd Eberwein
 Ehrenvorsitzender

Wichtige Daten

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Vorname:

Geburtsname:

Anschrift:

Staatsangeh.: Pass/Ausweis-Nr.:

Familienstand: Konfession:

Telefon: Mobil-Nr.:

E-Mail:

Behindertenausweis: ja nein → Aufbewahrungsort:

Organspendeausweis: ja nein → Aufbewahrungsort:

Blutgruppe:

Arbeitgeber:

WICHTIGE RUFNUMMERN

Örtliches Polizeirevier/Polizeiposten:

Polizei-Notruf: ☎ 110

Feuerwehr: ☎ 112

Ärztliche Notrufnummer: ☎ 116 117

Hausarzt: ☎

Apotheke: ☎

Sozialstation: ☎

Pfarramt: ☎

Stadt-/Gemeindeverwaltung: ☎

Wichtige Angehörige/Bezugspersonen:

☎

☎

Vertraute/r Nachbar/in:

☎

Bevollmächtigte(r):

☎

Wichtige Daten

SCHLÜSSEL

Hausschlüssel Wohnungsschlüssel

Die angekreuzten Schlüssel sind hinterlegt bei:

Name: Vorname:

Anschrift:

Telefon: Mobil-Nr.:

E-Mail:

Der/die Schlüsselträger/in ist berechtigt, meine Wohnung zu betreten.

ICH WOHNE

in meiner eigenen Wohnung/meinem eigenen Haus.

in einer Mietwohnung.

Der Vermieter ist:

Name: Vorname:

Anschrift:

Telefon: Mobil-Nr.:

E-Mail:

IM NOTFALL bitte benachrichtigen

Name: Vorname:

Anschrift:

Telefon: Mobil-Nr.:

E-Mail:

oder

Name: Vorname:

Anschrift:

Telefon: Mobil-Nr.:

E-Mail:

→ Weitere Angehörige oder Freunde, die im Falle einer ernsthaften Erkrankung oder eines Unfalls benachrichtigt werden sollen, sind auf dem folgenden Beiblatt notiert.

Gesundheit

MEIN HAUSARZT IST

Name:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

→ **Fachärzte**, bei denen ich in regelmäßiger Behandlung bin, sind auf einem Beiblatt notiert.

Ich habe folgende wesentliche chronische Krankheiten:

Ich nehme **regelmäßig lebensnotwendige MEDIKAMENTE** ein:

(z. B. zur Blutverdünnung (z. B. Marcumar, ASS 100), Insulin, Asthmamittel, Schilddrüsenpräparate, Nitrospray).
Falls ein aktueller Medikamentenplan vorliegt, bitte hier beilegen.

Name des Medikamentes	Dosierung	Einnahmezeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich bin von der Rezeptzahlung befreit: ja nein privat versichert

Ich leide unter folgenden Allergien/Unverträglichkeiten von Medikamenten:

→ Aufbewahrungsort des **Allergiepasses**:

KRANKENVERSICHERUNG

gesetzlich privat

Name der Kasse:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

Karten- und Versicherungsnummer:

Aufbewahrungsort der Vers.-Karte:

Ich bin von Zuzahlungen befreit: ja nein

→ Weitere Kranken(zusatz)versicherungen, Beihilfestellen etc. sind auf einem Beiblatt notiert.

Vorsorgeregungen

SONSTIGE VERSICHERUNGEN

→ Aufbewahrungsort meiner Renten-/Pensionsunterlagen und der folgenden angekreuzten Versicherungen:

Feuer-/Gebäude-Vers. Glas-Vers. Hausrat-Vers.
 KFZ-Vers. Kranken-Vers. Lebens-Vers.
 Privathaftpflicht-Vers. Sterbegeld-Vers. Unfall-Vers.

BANKUNTERLAGEN / STEUERUNTERLAGEN

→ Aufbewahrungsort meiner Bankunterlagen/Steuerunterlagen:

VORSORGEVERFÜGUNGEN

Ich habe die folgend angekreuzten Vorsorgeverfügungen getroffen:

Bankvollmacht

an:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

→ Aufbewahrungsort:

Vorsorgevollmacht (Hinweise zur Abfassung finden Sie auf Blatt 9, grünes Formular in der Heftmitte)

an:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

→ Aufbewahrungsort:

Patientenverfügung (Hinweise zur Abfassung finden Sie auf Blatt 13, rotes Formular in der Heftmitte)

→ Aufbewahrungsort:

Registrierung

Meine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung ist/sind im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registriert.

Computerpasswörter

Die Passwörter für meinen Computer habe ich in einem verschlossenen Umschlag hinterlegt. Den Aufbewahrungsort kennt:

Nachlassregelungen

Ich habe meine Nachlassverfügung wie folgt getroffen:

- handschriftliches Testaments
- notarielles Testament
- Erbvertrag

Name und Anschrift des Notars, bei dem Testament oder Erbvertrag erstellt wurden:

Kenntnis vom Bestehen meiner Nachlassverfügung hat:

Name:

Anschrift:

→ Aufbewahrungsort:

BESTATTUNGSVORGABEN UND -WÜNSCHE

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen: ja nein

→ Aufbewahrungsort:

Bestattungsinstitut:

Name:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

Ich wünsche folgende Art der Bestattung:

- Erdbestattung Feuerbestattung Anonyme Bestattung
- Baumbestattung in einem Friedwald / Ruhewald

Eine Grabstätte ist vorhanden

Friedhof: Grabnummer:

Ich wünsche eine Bestattung auf folgendem Friedhof:

Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen.

Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunde.

Ich wünsche eine normal übliche Bestattung.

Ich wünsche

→ Alle Verwandten, Freunde und Bekannten, die eine Anzeige erhalten sollen, sind auf einem Beiblatt aufgeführt.

Was ist nach einem Todesfall zu tun?

BESTATTUNG

Todesbescheinigung vom Arzt oder Krankenhaus

Telefon/Notizen

erl.

Bestattungsunternehmer beauftragen

Beerdigungstermin festlegen

Kirchengemeinde verständigen

Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach beantragen)

Traueranzeigen in Zeitung(en) in Auftrag geben

Trauerkarten bestellen und versenden

BEHÖRDEN

Arbeitgeber informieren

Krankenkasse(n) informieren

Rentenversicherung/Pensionsstelle informieren

Finanzamt verständigen

Testament eröffnen lassen, Erbschein beantragen

VERSICHERUNGEN

Lebens-/Sterbegeldversicherung informieren

Gewerkschaft informieren (Sterbegeldversicherung?)

Versicherungen kündigen

GELDANGELEGENHEITEN

Bank(en) informieren

ggf. Daueraufträge aussetzen lassen

MITGLIEDSCHAFTEN

Vereinsmitgliedschaften kündigen

1.

2.

3.

Parteimitgliedschaft kündigen

WOHNUNG

Mietwohnung, Garage u.a. kündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio/TV abmelden bzw. umschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon/Handy abmelden bzw. umschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abonnements (Zeitungen/Zeitschriften) kündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungsauflösung vorbereiten (evtl. entrümpeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlussablesungen Strom, Gas, Wasser, Heizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Aufbewahrungsort der Unterlagen:

SONSTIGES

Kraftfahrzeug abmelden bzw. umschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zunehmende Digitalisierung

Immer mehr Menschen nutzen die Möglichkeiten der Digitalisierung und erledigen ihre Geschäfte am PC, am Mobiltelefon oder an sonstigen elektronischen Endgeräten. Vorsorglich festzulegen, was mit all seinen

digitalen Angelegenheiten passieren und wer diese in welcher Form regeln soll, ist nicht nur ein Thema für das Seniorenalter, sondern für alle sinnvoll.

Der Kreissenorenrat hat deshalb zusammen mit dem Seniorenbüro der Stadt Singen einen LEITFADEN erstellt:

„Vorsorge-Regelung über digitale Angelegenheiten“

Informationen sind erhältlich beim Kreissenorenrat und auch beim Seniorenbüro der Stadt Singen sowie auf deren Websites

www.kreissenorenrat-konstanz.de

www.singen.de/leben/miteinander/aelter+werden



Vorsorgevollmacht

Vorbemerkung:

1. Das nachfolgende Formular ist der offizielle Text des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) - bitte weisen Sie bei Benutzung darauf hin
2. Bitte beachten Sie die enthaltenen Hinweise zur eingeschränkten Gültigkeit der Vorsorgevollmacht bei Immobilien- und Bankgeschäften
3. Ehepartner haben ohne Vollmacht keine gegenseitige Vertretungsbefugnis. Mit einer gesetzlichen Neuregelung zum 1.1.2023 erhalten sie eine eingeschränkte Vertretungsbefugnis in Notfällen (siehe Informationen zur Vorsorgevollmacht in dieser Broschüre)



Ich, der / die VOLLMACHTGEBER / IN

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Anschrift: <input type="text"/>			
Telefon:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>			

erteile hiermit VOLLMACHT an folgende bevollmächtigte Person (VOLLMACHTNEHMER/IN)

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Anschrift: <input type="text"/>			
Telefon:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>			

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung braucht es keine vom Gericht angeordnete Betreuung. 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.

1. GESUNDHEITSSORGE / PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

▶ Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge 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 (§ 1820 Abs.2, Satz 1 BGB, in Verbindung mit § 1829 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 (§ 1831 Absatz 1 BGB), ja nein

... über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB), ja nein

... über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB), ja nein

... über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB), entscheiden. 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 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

▶

3. BEHÖRDEN

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

▶

4. VERMÖGENSSORGE

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

▶ über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen, (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1) ja nein

▶ Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, ja nein

▶ Verbindlichkeiten eingehen, (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1) ja nein

▶ Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten, (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2) ja nein

▶ Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. ja nein

▶

▶ Folgende Geschäfte soll sie **NICHT** wahrnehmen können:

▶

▶

HINWEISE:

1. Denken Sie an die erforderliche notarielle Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 bis 2.1.8 der Broschüre „Betreuungsrecht“ des Bundesministeriums der Justiz).

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 Vollmachterteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank / Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank / Sparkasse sicher eine Lösung finden.

5. POST UND FERNMELDEVERKEHR

▶ Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen und 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 (z. B. über die richtige Versorgung von Haustieren)

Empty text input area for additional regulations.

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers:

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers:

Patientenverfügung

Vorbemerkung:

- 1. Das nachfolgende Formular verwendet weitgehend die offiziellen Textbausteine des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) – bitte weisen Sie bei Benutzung darauf hin.
- 2. Bitte treffen Sie auch Ihre Regelungen in der Ergänzung zur Patientenverfügung für den Fall, daß Sie an einer „Corona“-Erkrankung (insb. Covid-19) oder einer anderen (neuen) schwerwiegenden, potentiell lebensbedrohlichen Viruserkrankung leiden.



Name: [input] Vorname: [input]
Geburtsdatum: [input] Geburtsort: [input]
Anschrift: [input]
Telefon: [input] Telefax: [input]
E-Mail: [input]

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine persönlichen Angelegenheiten selbst zu regeln, treffe ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte folgende Verfügungen:

Wenn aufgrund eines schwersten körperlichen Leidens, Dauerbewusstlosigkeit oder fortschreitendem geistigem Verfall keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines erträglichen und Umwelt bezogenen Lebens besteht, wünsche ich, dass der natürliche Sterbeprozess akzeptiert wird.

Kommen zwei erfahrene Ärzte zu der Einschätzung, dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist, oder wenn infolge einer Gehirnschädigung (z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Schock, Lungenversagen) oder eines fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankungen) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist,

→ weiter auf Seite 14

sollen bei mir keine lebensverlängernden und -erhaltenden Maßnahmen z. B.

- Wiederbelebung
- Beatmung
- Dialyse
- Bluttransfusion
- Medikamentengabe

vorgenommen werden. Sollten solche Maßnahmen bereits begonnen worden sein, sollen diese abgebrochen werden.

wünsche ich keine Ernährung durch Magensonde, PEG oder Magenfistel. Hunger und Durst sollen lediglich auf natürlich Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Die künstliche Flüssigkeitszufuhr (intravenös) soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.

wünsche ich keine Behandlung von Begleiterkrankungen (z.B. Antibiotikagabe bei Lungen- oder Blasenentzündung oder fieberhaften Begleitinfekten). Eine bereits bestehende Behandlung von Begleiterkrankungen soll dann abgebrochen werden.

erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, Behandlung und Pflege sollen in diesem Fall auf Linderung von Schmerzen, Unruhe, Angst und Atemnot gerichtet sein. Eine damit verbundene Bewusstseinsdämpfung oder Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.

lehne ich eine Dialyse, sowie den Empfang von fremdem Gewebe und Organen ab. Die Gabe von Blut und Blutersatzstoffen wünsche ich nur zur Beschwerdelinderung.

möchte ich in Würde und Frieden sterben können und bitte dabei um persönlichen Beistand durch:

1.
2.

wünsche ich, dass mein Hausarzt verständigt wird:

bin ich mit Obduktion zur Befunderklärung

- einverstanden
- nicht einverstanden

bin ich mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation

- einverstanden
- nicht einverstanden
- einverstanden mit Ausnahme folgender Organe:

Wenn ich der Organentnahme zustimme, so soll diese nach den Regelungen im Transplantationsgesetz und den Richtlinien der Bundesärztekammer erfolgen (Informationen bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

Wenn möglich, möchte ich in meiner vertrauten Umgebung sterben. Ich erwarte den nötigen pflegerischen und ärztlichen Beistand unter Ausschöpfung der angemessenen palliativen Möglichkeiten.

- Ich akzeptiere hospizlichen Beistand ebenso wie die Unterbringung in einem Hospiz.
- Eine Verlegung in ein Krankenhaus lehne ich jedoch ab, sofern diese nicht zwingend erforderlich ist.

Mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Vertrauensperson ist:

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Geburtsort:
 Anschrift:
 Telefon: Telefax:
 E-Mail:

Er/Sie soll im Falle des Eintretens einer oben beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation umfassend informiert werden und meinem Willen Ausdruck und Geltung verschaffen. Zur Durchsetzung meines Willens ist er/sie ggf. berechtigt, über meinen Aufenthalt zu bestimmen und über einen Arztwechsel zu entscheiden.

Bis zum Widerruf der Patientenverfügung soll mir in konkreten Anwendungssituationen keine Willensänderung unterstellt werden. Treffen die Festlegungen in meiner Patientenverfügung nicht konkret auf eine eintretende Lebens- oder Behandlungssituation zu, sollen die Beteiligten nach meinem mutmaßlichen Willen, unter Einbeziehung meiner formulierten Wünsche, entscheiden. Die letzte Entscheidung über die Anwendung oder das Unterlassen von ärztlichen Maßnahmen sollte durch meine o.g. Vertrauensperson getroffen werden.

Ort, Datum, Unterschrift:

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr:

die Patientenverfügung mit mir besprochen und im Vollbesitz der geistigen Kräfte verfasst hat:

Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigter/Vertrauensperson:

Ort, Datum, Unterschrift Arzt:

Ort, Datum, Unterschrift Sonstige:

AKTUALISIERUNGEN

Wir empfehlen, die Patientenverfügung ca. alle 2 Jahre durch das Einsetzen des aktuellen Datums und mit Ihrer Unterschrift versehen zu aktualisieren, damit sie stets auf dem laufenden Stand ist.

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ergänzung zu meiner Patientenverfügung

Mein Wille für den Fall, dass ich an COVID-19 oder einer anderen (neuen) schwerwiegenden, potentiell lebensbedrohlichen Virusinfektion erkranke. Das nachfolgende Formular wurde unter Verwendung von Textbausteinen des Bundesministeriums der Justiz von den juristischen und medizinischen Experten des Kreissenioresrates für die besondere Situation dieser Erkrankung erstellt.

PERSÖNLICHE DATEN

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Mir ist bewusst, dass eine derartige Viruserkrankung insbesondere bei Personen mit hohem Lebensalter und Vorerkrankungen mit Atemnot einhergeht und lebensbedrohliche Auswirkungen haben kann. Bei der Erkrankung kann eine künstliche Beatmung notwendig werden. Durch die Beatmung können oft lebensgefährliche, mit starker Luftnot einhergehende Zustände abgewendet werden.

Ich verfüge folgendes:

1. Wenn bei mir eine derartige Viruserkrankung diagnostiziert wird, möchte ich zunächst unter Einhaltung der Hygienevorschriften zuhause bleiben und dort behandelt werden.
2. Sollte sich im Verlauf der Erkrankung mein Zustand verschlechtern und ärztlicher Rat dringend eine Verlegung in ein Krankenhaus empfiehlt, so stimme ich dem zu, falls erforderlich auch einer Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht-invasive Beatmung).
3. Wenn sich danach meine Erkrankung weiter verschlimmert und ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, erwarte ich in Ergänzung zu meiner Patientenverfügung vom

für diese Situation eine Verlegung auf eine Intensivstation, um die Maßnahmen zu ergreifen, die ärztlich empfohlen und medizinisch geboten sind, um meine Genesung zu erreichen. Diese Erwartung schließt meine Zustimmung ein, auch für eine Beatmung über einen Schlauch in der Luftröhre (endotracheal) und die künstliche Blutwäsche (Dialyse) und die Durchführung von wiederbelebenden Maßnahmen und die Bluttransfusion und die Gabe notwendiger Medikamente.

Diese Maßnahmen sollen getroffen werden mit dem Ziel der Genesung. Wenn sich jedoch aufgrund dieser Maßnahmen meine Lebenszeit verkürzt, so nehme ich dies in Kauf.

Wichtiger Hinweis:

Wenn ich keine zur Genesung ggfs. notwendige invasive (endotracheale) Beatmung mit den ggfs. erforderlichen Begleitmaßnahmen wünsche, streiche ich den ganzen Punkt 3. Ich lehne damit die genannten Behandlungsmaßnahmen entgegen dem ärztlichen Rat und den Empfehlungen meines Bevollmächtigten sowie des Kreissenioresrates ab.

BETEILIGUNG DES/DER BEVOLLMÄCHTIGTEN

Die medizinische Behandlung der bei mir vorliegenden Erkrankung setzt meine Zustimmung voraus. Meine Zustimmung oder Ablehnung zur Behandlung orientiert sich nach erfolgter Aufklärung zum Wesen der Erkrankung, zum voraussichtlichen Krankheitsverlauf und zu den Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich deren Risiken. Diese bestehen insbesondere bei der invasiven (endotrachealen) Beatmung. Bin ich selbst nicht in der Lage, zur Behandlung eine Entscheidung zu treffen, ist die von mir bevollmächtigte Person beizuziehen. Muss die Behandlung unverzüglich (Notfall) begonnen werden, stimme ich der Behandlung zu.

Widerruf der Ergänzung der Patientenverfügung

Mir ist bekannt, dass ich diese Ergänzung zur Patientenverfügung vom: jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Wenn ich den Punkt 3 gestrichen habe und die dort genannten Behandlungsmaßnahmen entgegen dem ärztlichen Rat und den Empfehlungen meines Bevollmächtigten sowie des Kreissenioresrates ablehne, habe ich die Bedeutung meiner Ablehnung der Behandlung verstanden. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Ort, Datum, Unterschrift:

Bestätigung durch den/die Bevollmächtigte/n

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben ist. Mit der von ihm/ihr geforderten Beteiligung bei einer Entscheidung über Einleitung oder/und Beendigung einer Behandlung bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift:

telefonische Erreichbarkeit:

Raum für persönliche Anmerkungen:

Betreuungsverfügung

Vorbemerkung: Das nachfolgende Formular ist der offizielle Text des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) - bitte weisen Sie bei Benutzung darauf hin.

Ich,

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Anschrift:

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:

Anschrift:

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:

Anschrift:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

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

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Anschrift:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

▶ Meine Wünsche zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich auf nachfolgender Seite dieser Vollmacht niedergelegt.

Ort, Datum, Unterschrift:

- ▶ Wenn Sie die Aufgabenfelder auf mehrere Personen aufteilen wollen, kopieren Sie den Vordruck und füllen Sie für jede Person ein gesondertes Exemplar aus, die jeweils nicht zutreffenden Passagen streichen Sie.
- ▶ Sie können sich von der **Betreuungsbehörde des Landratsamtes, Scheffelstr. 15, 78315 Radolfzell, Tel. 07531/800-2663 und 2664 und den anerkannten Betreuungsvereinen im Landkreis (z.B. AWO, Betreuungsverein Hegau-Bodensee, Caritas, Sozialdienst katholischer Frauen [SKF], Katholischer Verein für soziale Dienste [SKM])** in allen Fragen der **Vorsorgevollmacht informieren und beraten lassen**.
- ▶ Sie können Ihre Unterschrift von der **Betreuungsbehörde** (bitte telefonisch einen Termin vereinbaren) oder einem **Notar beglaubigen lassen** (in diesem Falle bitte erst bei der Beglaubigung unterschreiben). So stellen Sie sicher, dass Ihre Vollmacht immer anerkannt wird.
- ▶ **Wichtig: Banken erkennen oft nur eine notariell beglaubigte Vollmacht an.** Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten können Sie aber auch 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 keine Befugnisse eingeräumt, die über den normalen Geschäftsverkehr hinausgehen).* Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.
- ▶ Für **Immobilien**geschäfte, die **Aufnahme von Darlehen** sowie für Ihre **Vertretung in Handel und Gewerbe** genügt eine **Vorsorgevollmacht nicht, hierzu ist eine notarielle Vollmacht erforderlich**.
- ▶ Die **Vorsorgevollmacht** soll eindeutig und klar beschreiben, was der Bevollmächtigte in welchen Handlungsfeldern rechtswirksam für Sie tun darf.

Detaillierte Wünsche und Vorgaben, wie er für Sie handeln soll, sollten Sie aus rechtlichen Gründen in einem gesonderten Schriftstück festhalten. Der Bevollmächtigte ist angehalten Ihre Wünsche, soweit es irgend möglich ist, zu berücksichtigen.

Beispiel: Die Vollmacht ermächtigt den Bevollmächtigten zum Abschluss eines Vertrages mit einem Pflegeheim, dann gehört die Nennung von Heimen, die Sie bevorzugen oder strikt ablehnen würden, nicht in die Vollmacht. Solche Wünsche sollten Sie in einem gesonderten Schriftstück festhalten.

- ▶ Sollte ein Bevollmächtigter in seiner Tätigkeit Rat oder Unterstützung benötigen, so sieht das **Betreuungsrecht** vor, dass sich auch **Bevollmächtigte von Betreuungsvereinen oder der Betreuungsbehörde** beraten lassen und deren Hilfe in Anspruch nehmen können.
- Im zum 1. Januar 2023 in Kraft tretenden **Betreuungs-Organisations Gesetz (BTOG)** werden diese Aufgaben der **Betreuungsbehörden und Betreuungsvereinen** nochmals bekräftigt.
- ▶ Die **dauerhafte Zustimmung zu Maßnahmen** mit „**freiheitseinschränkender Wirkung**“ (z.B. Bettgitter oder Fixierungen mit Gurten) erlaubt eine **Vollmacht nicht**. Hier ist grundsätzlich ein **Antrag an das Betreuungsgericht** notwendig, wenn die **Dauer der Maßnahmen länger als eine kurze vorübergehende Zeit (1 - 2 Tage)** beträgt.
 - ▶ Die **Vollmacht** kann jederzeit widerrufen werden – eine bereits ausgehändigte **Vollmacht** muss dann zurückverlangt werden.
 - ▶ Nach neuerer **Rechtsprechung** erlischt die **Vollmacht** mit dem **Tod**, es sei denn, Sie haben festgelegt, dass sie über den **Tod** hinaus gilt. Dann hat Ihr **Bevollmächtigter** auch nach Ihrem **Tod** **Vertretungsmacht**, um z.B. Ihre **Wohnung zu kündigen** oder die **Bestattung zu regeln**. Die **Erben** können

Rechenschaft verlangen und die **Vollmacht** jederzeit widerrufen.

Ihre **Vorsorgevollmacht** können Sie (gebührenpflichtig) beim **zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer** registrieren lassen:

Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister – PF 080151 – 10001 Berlin
Telefonische Beratung: 0800-3550500
www.vorsorgeregister.de

Hierdurch stellen Sie sicher, dass das **Betreuungsgericht** von Ihrer **Verfügung** Kenntnis erlangt und auf Grund Ihrer **Vollmacht** auf die **Bestellung eines Betreuers** verzichtet oder nur die von Ihnen benannte(n) **Person(en)** bestellt.

Weitere Informationen zur **Vorsorgevollmacht** bietet das **Bundesministerium für Justiz an** – im Internet unter **www.bmj.de**

Informationen zur Patientenverfügung

Seit **September 2009** hat die **Patientenverfügung** eine rechtliche Grundlage; diese wurde vom **Bundesgerichtshof** mit Urteilen vom **16.07.2016** und vom **08.02.2017** präzisiert.

- ▶ In einer **Patientenverfügung** können Sie festlegen, was **medizinisch unternommen** werden soll, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden oder sich mitteilen können.
- ▶ Jeder, der eine **Patientenverfügung** erstellt, sollte sich bewusst sein, dass er sich bei der **Darstellung eigener Behandlungswünsche** mit **Fragen auseinandersetzen** muss, die sich im **Zusammenhang mit Krankheit, Leiden und Tod** stellen. Eine **Patientenverfügung** ist **Ausdruck Ihres Selbstbestimmungsrechts** bei **voller Selbstverantwortung** für die **Folgen der Umsetzung Ihrer Behandlungswünsche**.
- ▶ Werden in der **Patientenverfügung** **Festlegungen** zum „**Ob**“ und „**Wie**“ **ärztlicher Behandlungen** getroffen, sollte bedacht werden, dass es **Grenzsituationen** des **Lebens** gibt, in denen **Voraussagen über das Ergebnis oder mögliche Folgeschäden** im **Einzelfall** kaum möglich sind.
- ▶ Lassen Sie sich von **niemandem** zur **Abfassung einer Patientenverfügung** oder zu bestimmten **Formulierungen** drängen. **Ob, was oder wie Sie etwas festlegen wollen, ist ganz allein Ihr Wille.**

- ▶ Eine **Patientenverfügung** sollte aber einen **überschaubaren Umfang** haben, so dass sie im Falle ihres **notwendigen Gebrauchs** problemlos verstanden und befolgt werden kann. Sie sollte keine **schwammigen Formulierungen** enthalten, sondern **präzise abgefasst** sein. Die **konkreten Wünsche** des **Verfassers** sollten **deutlich erkennbar** sein.
- ▶ Eine **Patientenverfügung** muss nicht alle möglichen **Situationen** umfassen, sie kann auch nur **wenige ausgewählte, für Sie wichtige Aspekte** enthalten. In **Umsetzung der Rechtsprechung** des **Bundesgerichtshofs** sollte sie aber auf folgende **Punkte** unbedingt eingehen:
 - **Wiederbelebung**
 - **Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**
 - **Künstliche Beatmung, Dialyse und Bluttransfusion**
- ▶ **Sprechen Sie** über den **Regelungsumfang** und die **Art der Regelungen**, die Sie treffen wollen, mit Ihren **Kindern, Ehepartner, Arzt/Ärztin** und sonstigen **Vertrauten**.
- ▶ Wenn Sie **persönliche Wertvorstellungen**, Ihre **religiöse Anschauung**, Ihre **Einstellung zum Leben und Sterben** schriftlich festhalten und Ihrer **Patientenverfügung** beilegen, so ist dies eine **wichtige Erläuterung** und **Verstärkung Ihrer Willensbekundung**.

- ▶ Die in Ihrer Patientenverfügung getroffenen Festlegungen sind für den Arzt oder die Ärztin verbindlich, wenn durch sie Ihr Wille in einer konkreten Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt werden kann.
- ▶ Ein durch Ihre Vorsorgevollmacht bestellter Bevollmächtigter oder ein gerichtlich bestellter Betreuer ist verpflichtet, Ihre Patientenverfügung zu prüfen, Ihren Behandlungswillen festzustellen und ihm Geltung zu verschaffen.
- ▶ Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, empfiehlt es sich, Ihre Patientenverfügung entsprechend zu aktualisieren. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über den Krankheitsverlauf, mögliche Komplikationen und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Ihr Rechtsanspruch auf Auskunft über Diagnose und Prognose Ihrer Erkrankung ist im Patientenrechtegesetz vom 26. Februar 2013 festgeschrieben.
- ▶ Weil es bei einer Patientenverfügung eine Vielzahl von Regelungsalternativen gibt, die Sie individuell für sich entscheiden müssen, kann es kein für alle Menschen geltendes einheitliches Formular oder Muster geben.
- ▶ Der in der Mitte des Heftes enthaltene Vordruck einer Patientenverfügung in Kurzfassung kann nach Auffassung des Kreiseniorenrates daher nur ein Beispiel sein, das einige Formulierungsmöglichkeiten aufzeigt und in die Fragestellungen einer Patientenverfügung einführt. Er hält sich eng an die Formulierungen des Bundesministeriums der Justiz (BMJ). Für viele Fälle ist er deshalb eine große Hilfe.
- ▶ Der Kreiseniorenrat empfiehlt deshalb, bei der Abfassung einer individuellen Patientenverfügung Textbausteine als Formulierungshilfe zu verwenden, wie sie u.a. das Bundesministerium für Justiz anbietet.
- ▶ Demenz ist eine Erkrankung, die sich meist langsam fortentwickelt. Spezifische Informationen gibt es hierzu unter www.alzheimer-bw.de

Insbesondere, wie Erkrankte im Frühstadium eigenverantwortlich Regelungen treffen können. Form und Aufbau solcher Textbausteine sollen die folgenden Beispiele erläutern, die wir der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums für Justiz entnommen haben.

LEBENSERHALTENDE MASSNAHMEN

In den in der Einleitung zur Patientenverfügung beschriebenen Situationen wünsche ich,

- ▶ dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- ▶ auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte oder
- ▶ dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. 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.

SCHMERZ- UND SYMPTOMBEHANDLUNG

In den in der Einleitung zur Patientenverfügung beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- ▶ aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung oder
- ▶ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- ▶ Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

KÜNSTLICHE FLÜSSIGKEITSZUFUHR

In den in der Einleitung zur Patientenverfügung beschriebenen Situationen wünsche ich

- ▶ eine künstliche Flüssigkeitszufuhr oder
- ▶ die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen oder
- ▶ die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr

PATIENTENVERFÜGUNG BEI LEBENSBEDROHLICHEN (NEUEN) VIRUSERKRANKUNGEN

Eine derartige Erkrankung besonders bei Personen mit hohem Lebensalter und Vorerkrankungen kann mit Atemnot einhergehen und lebensbedrohliche Auswirkungen haben. Viele Schwerkranke können mit intensiver künstlicher Beatmung gerettet werden. Deshalb sind spezielle Regelungen für diesen Fall oft notwendig. Der Kreiseniorenrat hat deshalb die Patientenverfügung nach Beratung mit medizinischen und juristischen Experten ergänzt.

Liegt keine Patientenverfügung vor, ist vom mutmaßlichen Willen des Patienten auszu-

gehen, sofern es hierfür Anhaltspunkte gibt. Bleibt der Patientenwille unklar, besteht die Möglichkeit, das Betreuungsgericht anzurufen.

Ihre Patientenverfügung können Sie wie Ihre Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung (gebührenpflichtig) beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen:

Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister – PF 080151 – 10001 Berlin
Telefonische Beratung: 0800-3550500
www.vorsorgeregister.de

Hierdurch stellen Sie sicher, dass das Betreuungsgericht von Ihrer Verfügung Kenntnis erlangt. Weitere Informationen und die ausführliche Sammlung von Textbausteinen mit umfangreichen Erläuterungen finden Sie in der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums für Justiz.

Sie können diese Broschüre anfordern beim Publikationsversand der Bundesregierung, Tel. 030-182722721. Im Internet unter www.bmj.de



Weitere Hinweise zur
Vorsorgemappe erteilt gerne der

Kreisseniorenrat Landkreis Konstanz (Büro im Landratsamt)

Telefon: 07531/800-17 87, E-Mail: ksr@landkreis-konstanz.de



... und die Betreuungsvereine im Landkreis Konstanz

Betreuungsverein des Caritasverbandes Singen-Hegau e. V.



Feuerwehrstr. 6, 78224 Singen
Telefon: 07731/95 61-22, Fax: 4 98 71
E-Mail: ossege-eckert@caritas-singen-hegau.de

Betreuungsverein des Caritasverbandes Singen-Hegau e. V.



Kaufhausstr. 13, 78333 Stockach
Telefon: 07731/9 69 70-251, Fax: 9 69 70-259
E-Mail: starz@caritas-singen-hegau.de

Betreuungsverein des Caritasverbandes Singen-Hegau e. V.



Schillerstr. 10, 78234 Engen
Telefon: 07731/9 69 70-271, Fax: 9 69 70-279
E-Mail: lang@caritas-singen-hegau.de

Katholischer Verein für soziale Dienste im Landkreis Konstanz (SKM)



Schulstr. 4, 78462 Konstanz
Telefon: 07531/28 25 21-0, Fax: 28 25 21-18
E-Mail: theiss@skm-konstanz.de

Betreuungsverein des Sozialdienstes katholischer Frauen (SKF)



Theodor-Hanloser-Str. 5, 78224 Singen
Telefon: 07731/4 60 06, Fax: 4 30 56
E-Mail: s.grimm@skf-singen.de, j.schmid@skf-singen.de
Internet: www.skf-singen.de

Betreuungsverein der Arbeiterwohlfahrt (AWO)



Bismarckstraße 1, 78315 Radolfzell
Telefon: 07732/94 23 99-0, Fax: 94 23 99-1
E-Mail: kompass@awo-konstanz.de
Internet: www.awo-konstanz.de

Betreuungsverein Bodensee/Hegau e. V.



Thurgauer Str. 23 a, 78224 Singen
Telefon: 07731/3 18 93, Fax: 94 85 83
E-Mail: i.goebel@bbh-ev.de
Internet: www.bbh-ev.de

Betreuungsverein Bodensee/Hegau e. V.



Brauneggerstr. 44, 78462 Konstanz
Telefon: 07531/28 44 45-0, Fax: 91 72 25
E-Mail: i.goebel@bbh-ev.de
Internet: www.bbh-ev.de

Betreuungsverein des Sozialdienstes katholischer Frauen (SKF)



St. Stephansplatz 39a, 78462 Konstanz
Telefon: 07531/28 25 97-6/od. -7, Fax: 28 25 97-9
E-Mail: andrea.dobinsky@skf-konstanz.de
birgit.zillich@skf-konstanz.de
Internet: www.skf-konstanz.de

Organspendeausweis/Notfallkarte

- Füllen Sie den Organspendeausweis und/oder die Notfallkarte aus.
- Schneiden Sie die Karte(n) dann aus.
- Falten Sie sie an der Mittellinie so, dass die beschrifteten Seiten außen sind.
- Führen Sie die Karte(n) in Ihrer Geldbörse oder Brieftasche immer mit sich.

NOTFALLKARTE für:

Name: _____ Mobil: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Im Notfall bitte beachten:

Ich bin Marcumar-Patient Ziel-INR: _____

Ich bin Diabetiker

Ich bin Allergiker: _____

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name: _____ Mobil: _____

Telefon: _____

Ich habe folgende Vorsorgemaßnahmen getroffen:

Vorsorgemappe mit wichtigen Informationen

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Die oben genannte Person ist darüber informiert und kennt den/die Aufbewahrungsort(e).

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

schenkt Leben.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse _____ PLZ, Wohnort _____

Bundesbehörde für gesundheitliche Angelegenheiten

BZgA

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Intorelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/90 40 400**.

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname _____ Telefon _____

Strasse _____ PLZ, Wohnort _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise _____

UNTERSCHRIFT

DATUM



MESSMER
STIFTUNG

Der Kreiseniorenrat dankt der Werner + Erika Messmer Stiftung für die Unterstützung.

Mit freundlicher Unterstützung

mediatogo 



www.mediatogo.de



KREISENIORENRAT
LANDKREIS KONSTANZ

Herausgeber Kreis seniorenrat Landkreis Konstanz
Büro im Landratsamt, Benediktinerplatz 1, 78467 Konstanz
Tel. (075 31) 800-1787, E-Mail: ksr@landkreis-konstanz.de