Landkreis
Straubing-Bogen
Tradition und Zukunft

BETREUUNGSSTELLE

NOTFALLMAPPE

Name, Vorname

Geburtsdatum

VORWORT DES LANDRATS FÜR DIE NOTFALLMAPPE

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

es kann jeden von uns treffen: Ein Unfall oder eine unerwartete Krankheit. Da ist es gut, wenn Vorsorge getroffen wurde. Das gibt Sicherheit – sowohl für den Betroffenen wie auch für Angehörige. Diese Notfallmappe bietet Ihnen die Möglichkeit, auf einen Blick alle wichtigen Daten für Sie und Ihre Vertrauenspersonen verfügbar zu haben. Alle wichtigen Informationen sind darin enthalten. Damit können Sie regeln, wie in jeder Lebenslage in Ihrem Sinne gehandelt werden soll.

Weisen Sie bitte auch Ihr Umfeld auf diese Notfallmappe und den Aufbewahrungsort hin, um im Fall der Fälle darauf zurückgreifen zu können. Überprüfen Sie die Eintragungen auch regelmäßig auf die Aktualität und Vollständigkeit.

Mein Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Sachgebiet Betreuung, Heimaufsicht, Senioren, die diese Mappe erstellt haben und den Seniorenbeauftragten, die sich für die Notfallmappe eingesetzt haben. Bedenken Sie aber: Dieses Thema kann auch die jüngere Generation schnell treffen und leisten Sie auch in jüngeren Jahren bereits eine entsprechende Vorsorge.

Ich wünsche Ihnen allen natürlich, dass Sie diese Notfallmappe jetzt zwar interessiert durchblättern, aber hoffentlich nie für den Ernstfall brauchen.

Mit den besten Grüßen,

Tobias Beck
Landrat des Landkreises Straubing-Bogen

INHALT DER VORSORGEMAPPE

	Bezeichnung	Entnommen am
	Vordrucke	
	Meine persönlichen Daten	
	Meine wichtigsten Vertragspartner	
	Betreuungsverfügung	
	Vorsorgevollmacht	
	Patientenverfügung	
	Checkliste Krankenhauseinweisung	
	Checkliste Todesfall	
	Weitere mögliche Inhalte	
	Bankvollmachten (Kopien)	
	Postvollmacht	
	Personalausweis (Kopie)	
	Krankenversichertenausweis (Kopie)	
	Schwerbehindertenausweis (Kopie)	
	Renten / Pensionsbescheid/e (Kopie)	
	Versorgungsvertrag (Kopie)	
	Aktueller Steuerbescheid (Kopie)	
	Mietvertrag	
	Bestattungswünsche	
	Organspendeausweis	
	Impfpass (Kopie)	
	Allergiepass (Kopie)	
	Diabetespass (Kopie)	
	Transplantationspass (Kopie)	

INFORMATIONSKARTE

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel.-Nr.

Landkreis
Straubing-Bogen
Tradition und Zukunft

Landratsamt Straubing-Bogen
Leutnerstr. 15 · 94315 Straubing
09421 973-310
betreuungsstelle@
landkreis-straubing-bogen.de
www.landkreis-straubing-bogen.de

⇨ Wir empfehlen Ihnen, neben dieser Mappe einen Ordner mit persönlichen Unterlagen und Dokumenten anzulegen.

Dort sind gut aufgehoben:

- » *Geburtsurkunden*
- » *Heirats- / Partnerschaftsurkunden*
- » *Sterbeurkunden*
- » *Taufschein*
- » *Testament* (oder sicher am Amtsgericht hinterlegt)
- » *Vorsorgevollmacht* (soweit Sie diese dem Bevollmächtigten nicht bereits ausgehändigt haben oder im Vorsorgeordner aufbewahren)
- » *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 dazu nicht mehr in der Lage sind.

Notizen / Anmerkungen:

ZUGANG ZU DEN ORIGINALEN MEINER VORSORGEVOLLMACHT / PATIENTENVERFÜGUNG HAT:

Vor- und Familienname oder Institution

Straße, PLZ und Ort

Ich habe eine

☐ Vorsorgevollmacht

☐ Patientenverfügung

☐ Betreuungsverfügung

☐ Organspendeausweis

verfasst.

(zutreffendes bitte ankreuzen)

PERSÖNLICHE DATEN

Name (Geburtsname) | Vorname

Geburtsdatum | Geburtsort

Konfession | Familienstand

Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort

Telefon / Mobil | E-Mail

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

» ANSPRECHPARTNER 1

Name, Vorname | Beziehung bzw. Verwandtschaftsgrad

Straße, Haus-Nr. | PLZ, Wohnort

Telefon / Mobil / E-Mail

» ANSPRECHPARTNER 2

Name, Vorname | Beziehung bzw. Verwandtschaftsgrad

Straße, Haus-Nr. | PLZ, Wohnort

Telefon / Mobil / E-Mail

MEINE WICHTIGSTEN VERTRAGSPARTNER

» HAUSARZT

Name

Anschrift

Telefon

» FACHARZT

Name

Anschrift

Telefon

» FACHARZT

Name

Anschrift

Telefon

» ZAHNARZT

Name

Anschrift

Telefon

» KRANKENVERSICHERUNG

Name

Anschrift

Telefon

» AMBULANTER PFLEGEDIENST

Name

Telefon

» BANK / KREDITINSTITUT

Name

Telefon

» BANK / KREDITINSTITUT

Name

Telefon

» BANK / KREDITINSTITUT

Name

Telefon

» ARBEITGEBER

Name

Anschrift

Telefon

» VERMIETER

Name

Anschrift

Telefon

» HAFTPFLICHT

Name

Anschrift

Versicherungs- / Kundennummer

» LEBENSVERSICHERUNG

Name

Anschrift

Versicherungs- / Kundennummer

» STERBEVERSICHERUNG

Name

Anschrift

Versicherungs- / Kundennummer

» HAUSRAT- / GEBÄUDEVERSICHERUNG

Name

Anschrift

Versicherungs- / Kundennummer

» KFZ-VERSICHERUNG

Name

Anschrift

Versicherungs- / Kundennummer

» ENERGIEVERSORGER

Name

Telefon

» WASSERVERSORGER

Name

Telefon

CHECKLISTEN

KRANKENHAUSEINWEISUNG UND TODESFALL

» KRANKENHAUSEINWEISUNG

- ☑ **Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben** (Notarzt und Rettungsdienst 112, Polizei 110)
- ☑ **Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten** (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- ☑ **Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen** (kleinere Möbel, wie Tische und Stühle wegräumen)
- ☑ **Ärztliche Transport-und Krankenhausanweisung**
- ☑ **Krankenversichertenkarte, Geld** (nur geringer Betrag)
- ☑ **Toilettenartikel**
- ☑ **Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe**
- ☑ **Gegebenenfalls: Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe**
- ☑ **Bisher einzunehmende Medikamente**
- ☑ **Personalausweis**
- ☑ **Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen**
- ☑ **Evtl. Hausschlüssel** (bei Alleinstehenden)
- ☑ **Nachbarn informieren** (Haustiere, Post, Blumen etc.)
- ☑ **Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen**

» TODESFALL

- ☑ **Bei Todesfällen zu Hause den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen.** Wenn der Hausarzt nicht zu erreichen ist, die Notrufnummer 112 anrufen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
- ☑ **Die nächsten Angehörigen benachrichtigen.**
- ☑ **Bestattungsinstitut wegen Überführung auswählen**
- ☑ **Überlegen, ob Urnenbeisetzung oder Erdbestattung**
- ☑ **Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt Ihrer Gemeinde oder Standesamt des Sterbeortes beantragen.** Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:
  - · Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
  - · Todesbescheinigung
  - · Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
  - · Eheurkunde oder Familienstammbaum bei Verheirateten
  - · Evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet
- ☑ **Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Friedhofsverwaltung** (Gemeinde oder Kirche) **die Lage des Grabes und der Tag der Beisetzung festgelegt**
- ☑ **Todesanzeigen bei den Tageszeitungen aufgeben**
- ☑ **Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden – Sterbeurkunde beilegen**
- ☑ **Mitteilung an die Bank über Todesfall – Sterbeurkunde beilegen**
- ☑ **Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen** einschließlich Versorgungs- und Rententräger, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden haben – Sterbeurkunde beilegen
- ☑ **Schriftliche Kündigung laufender Verträge** (Miete, Pachtverträge, Telefon, Strom, Gas, GEZ…) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsverträge
- ☑ **Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden**, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
- ☑ **Witwen-/Witwerrente bei Ihrer Gemeinde- oder Stadtverwaltung beantragen**

HINWEISE ZUR VORSORGEVOLLMACHT

Vor Abfassung einer Vorsorgevollmacht lesen Sie bitte die folgenden Hinweise sorgfältig durch.
Bei Unklarheiten wenden Sie sich an die Betreuungsstelle!

Sie sollten sich vor der Abfassung einer Vorsorgevollmacht ausführlich persönlich beraten lassen.
Die Möglichkeiten, dass Ihre Verfügungen durch unklare Angaben falsch ausgelegt oder nicht beachtet werden, sind vielfältig.
Informieren Sie sich deshalb vorher, zum Beispiel bei der zuständigen Betreuungsstelle, über die rechtlichen Möglichkeiten und die Konsequenzen Ihrer Verfügung.

Sie sollten nur jemanden bevollmächtigen dem Sie vorbehaltlos vertrauen.
Der Bevollmächtigte wird nämlich, im Gegensatz zum gerichtlich bestellten Betreuer, von niemandem überwacht oder kontrolliert.
Sie sollten die Vollmacht zu Ihrer Sicherheit so erteilen, dass sie nur dann wirksam ist, wenn der Bevollmächtigte bei Vornahme des Rechtsgeschäftes das Original der Vollmachtsurkunde vorlegen kann. Verwahren Sie das Original der Vollmacht deshalb an einem Ort, den der Bevollmächtigte kennt, damit er im Ernstfall handlungsfähig ist.
Sie können Ihre Vorsorgevollmacht gegen eine geringe Gebühr im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer, Postfach 080151, 10001 Berlin, www.vorsorgeregister.de registrieren lassen. Das ist sinnvoll, da so die Vollmacht jederzeit bekannt ist und ein unnötiges Betreuungsverfahren vermieden werden kann.
Haben Sie zusammen mit der Vollmacht auch eine Betreuungsverfügung oder eine Patientenverfügung errichtet, können auch diese Tatsachen registriert werden.
Auf Ihre beim Vorsorgeregister gespeicherten Daten haben nur die Betreuungsgerichte Zugriff.

Eine Vollmacht ist nur dann uneingeschränkt brauchbar, wenn sie an KEINE Bedingungen geknüpft ist.
Sie sollten die Vollmacht auch *nicht beschränken* mit Formulierungen wie: „für den Fall, dass ich aufgrund einer psychischen Krankheit meine Angelegenheiten nicht mehr besorgen kann“ oder „wenn ich geschäftsunfähig bin“.
Mit solchen Formulierungen bleibt für den Rechtsverkehr ungeklärt, ob diese Voraussetzungen tatsächlich schon eingetreten sind. Dies kann ein außenstehender Dritter kaum nachvollziehen.
Bevollmächtigen Sie in dem folgenden Formular *nur eine Person*, sollten Sie die freibleibenden Namenszeilen deutlich durchstreichen, damit nicht nachträglich von Unbefugten weitere Namen hinzugefügt werden können.
Wenn Sie *mehrere Personen* bevollmächtigen, sollten Sie gut bedenken, wie diese handeln können.
Sollen die Bevollmächtigten nur gemeinsam entscheiden und bestimmen können oder sollen sie einzelvertretungsbefugt sein? Formulierungen wie: „für den Fall der Verhinderung bevollmächtige ich Frau/Herrn ...“, kann dies zu Zweifeln am Eintritt der Wirksamkeit führen, da für Dritte unklar ist, ob die Voraussetzungen für eine Handlungsbefugnis des weiteren Bevollmächtigten vorliegen.
Eine gemeinsame Vertretung ist zudem in der Praxis oft nur sehr schwierig zu handhaben, beispielsweise wenn die Personen weiter entfernt wohnen und dann zur Einwilligung in eine medizinische Maßnahme erst anreisen müssen oder wenn eine bevollmächtigte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert oder bereits verstorben ist.
Es besteht auch die Gefahr, dass die bevollmächtigten Personen unterschiedlicher Meinung sein können. Insofern wäre durch die dann gegebene Handlungsunfähigkeit der Bevollmächtigten die Wahrnehmung Ihrer Interessen gefährdet.
Haben Sie für einen solchen Fall nicht festgelegt, wie die Vollmacht gehandhabt werden soll, müsste durch das Betreuungsgericht erst eine geeignete Betreuungsperson bestellt werden, die dann die erforderlichen Entscheidungen trifft.

Das Gericht würde bei einer Uneinigkeit der Bevollmächtigten in der Regel eine neutrale, fremde Person als Betreuungsperson bestellen.

Die Vollmacht kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Solange Sie geschäftsfähig sind, können Sie eine Vorsorgevollmacht jederzeit widerrufen.

Haben Sie den Bevollmächtigten oder Beteiligten bereits Originale oder Kopien der Vollmacht ausgehändigt, müssen Sie diese Formulare unbedingt zurückfordern. Sie könnten sonst missbräuchlich verwendet werden.

Banken erkennen derzeit Vorsorgevollmachten in der Regel nur dann an, wenn sie entweder auf bankinternen Vordrucken verfasst oder notariell beglaubigt bzw. beurkundet sind.

Erstreckt sich die Bevollmächtigung auch auf die Vermögenssorge, bzw. die Erledigung von Bankgeschäften, sollten Sie hierüber persönlich mit Ihrer Bank sprechen.

Bedenken Sie, dass die bevollmächtigte Person mit einer Bankvollmacht allein nicht ihre sämtlichen vermögensrechtlichen Angelegenheiten regeln kann!

Notarielle Beglaubigung oder Beurkundung der Vollmacht

Eine *öffentliche Beglaubigung* einer Vorsorgevollmacht kann auch von den Betreuungsstellen vollzogen werden.

Eine *öffentliche* oder *notarielle Beglaubigung* oder eine *notarielle Beurkundung* der Vorsorgevollmacht ist stets dann erforderlich, wenn der Bevollmächtigte auch über Grundstücke oder Immobilien verfügen können oder ein Erbe ausschlagen können soll.

Ebenso ist eine notarielle Urkunde bei Darlehens- und/oder Kreditgeschäften oder der Ausschlagung einer Erbschaft erforderlich.

Eine *notarielle Beurkundung* der Vorsorgevollmacht empfiehlt sich unter anderem dann, wenn Sie ein Handelsgewerbe betreiben oder Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft sind.

Durch eine notarielle Beurkundung lassen sich spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmacht leichter vermeiden, da der Notar nur beurkunden darf, wenn er von der Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers überzeugt ist.

Eine *notarielle Beglaubigung* oder Beurkundung ist zwar mit Gebühren verbunden, bei Verlust der Vollmacht kann jedoch der Notar jederzeit eine neue Abschrift der Vollmachtsurkunde ausstellen.

Bezieht sich die Vollmacht auf die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder den Widerruf einer Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder eine ärztliche Maßnahme und besteht die begründete Gefahr, dass die betroffene Person auf Grund der Maßnahme bzw. auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, braucht der Bevollmächtigte für diese Einwilligung, Nicht-einwilligung oder Widerruf der Einwilligung die Genehmigung des Betreuungsgerichtes.

Eine Genehmigung ist allerdings dann nicht erforderlich, wenn zwischen Bevollmächtigtem und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

Eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes kann auch bei einer Entscheidung der bevollmächtigten Person über eine *freiheitsentziehende Unterbringung oder über freiheitsbeschränkende Maßnahmen in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim* erforderlich sein. Diese sind beispielsweise:

- **die Unterbringung der Person in einer geschlossenen Abteilung eines Fachkrankenhauses,**
- **das Anbringen von Bettgittern, die Fixierung von Gliedmaßen, das Anbringen eines Stuhlbrettes**
- **die Verabreichung von sedierenden Medikamenten mit dem Ziel die Person am Verlassen der Einrichtung, des Zimmers oder des Bettes zu hindern,**
- **das Versperren der Zimmertüre, usw.**

VORSORGEVOLLMACHT

Ich, _____ (Vollmachtgeber/-in)
Name, Vorname, Geburtsdatum

erteile hiermit Vollmacht an

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Adresse, Telefon

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Adresse, Telefon

Diese Vertrauensperson/en wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe.

Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Betreuungsgericht angeordnete Betreuung vermieden werden.

Die Vollmacht bleibt auch in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die/der Bevollmächtigte/n die Vollmachtsurkunde besitzt/besitzen und diese Urkunde im Original vorlegen kann/können.

☐ Die Bevollmächtigten sollen nur gemeinschaftlich entscheiden und handeln können.

(Bitte legen Sie für diesen Fall gesondert fest, wie verfahren werden soll, wenn eine der bevollmächtigten Personen an der Ausübung der Vollmacht gehindert ist oder wenn die Bevollmächtigten in der zu entscheidenden Angelegenheit unterschiedlicher Auffassung sind.)

ODER:

☐ Die Bevollmächtigten sollen jeweils einzeln entscheiden und handeln können.

(Im Innenverhältnis der Vollmacht soll gelten, dass die an zweiter Stelle genannte Person nur dann handeln und entscheiden können soll, wenn die erstgenannte Person verhindert oder dazu nicht in der Lage ist.)

Die Vollmacht wirkt bis zum Widerruf der Erben auch über den Tod hinaus

☐ Ja ☐ Nein

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 sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB).

☐ Ja ☐ Nein

» Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

☐ Ja ☐ Nein

» Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf ihrerseits mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden.

☐ Ja ☐ Nein

» Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) entscheiden sowie über eine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn ärztliche Zwangsmaßnahmen in Betracht kommen (§ 1832 BGB), solange dergleichen in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse erforderlich ist.

☐ Ja ☐ Nein

AUFENTHALT UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN

» Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus einem Mietvertrag über meine Wohnung, einschließlich einer Kündigung, wahrnehmen, sowie meinen Haushalt auflösen.

☐ Ja ☐ Nein

» Sie darf Wohnraummietverträge abschließen und kündigen.

☐ Ja ☐ Nein

» Sie darf Heimverträge abschließen und kündigen.

☐ Ja ☐ Nein

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 und zurücknehmen, namentlich ☐ Ja ☐ Nein

- » über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen ☐ Ja ☐ Nein
- » Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ☐ Ja ☐ Nein
- » Verbindlichkeiten eingehen ☐ Ja ☐ Nein
- » Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ☐ Ja ☐ Nein

» Sie ist vom Verbot des In-sich-Geschäfts des §181 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) befreit. ☐ Ja ☐ Nein

POST UND TELEKOMMUNIKATION

» Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“- entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

☐ Ja ☐ Nein

DIGITALE MEDIEN

» Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z. B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

☐ Ja ☐ Nein

BEHÖRDEN UND GERICHTE

» Sie darf mich gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern, sowie sonstigen Ämtern und öffentlichen Anstalten vertreten

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

BETREUUNGSVERFÜGUNG

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

☐ Ja ☐ Nein

WEITERE REGELUNGEN

Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin

Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin

ALLGEMEINE HINWEISE ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

Vor der Abfassung einer Patientenverfügung lesen Sie bitte die folgenden Hinweise sorgfältig durch. Für Fragen und Auskünfte können Sie sich gerne an die Betreuungsstelle wenden!

» Mit einer Patientenverfügung können sie für jene Zeiten vorsorgen, in denen Sie wegen einer Einwilligungsunfähigkeit nicht mehr selbst über anstehende medizinische Maßnahmen, deren Unterlassung oder gar über einen Abbruch der Behandlung entscheiden können.

In einer solchen Verfügung treffen Sie für bestimmte, zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügung noch nicht unmittelbar bevorstehende, konkrete Lebens- bzw. Krankheitssituationen Festlegungen, ob und wie Sie in diesen beschriebenen Situationen medizinisch behandelt werden möchten und welche pflegerischen Maßnahmen noch oder auch nicht mehr durchgeführt werden sollen.

Auch können Sie in einer Patientenverfügung festlegen, unter welchen Voraussetzungen eine einmal begonnene medizinische Maßnahme abgebrochen werden darf bzw. soll. Festlegungen, die auf eine verbotene Tötung auf Verlangen gerichtet sind oder eine andere aktive Sterbehilfe können Sie jedoch nicht fordern.

» Zum Zeitpunkt der Abfassung müssen Sie volljährig und „einwilligungsfähig“ sein. In natürlichem 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 Patientenverfügung können Sie jederzeit formlos widerrufen. Der Widerruf kann also auch mündlich oder durch nonverbales Verhalten erfolgen. Für einen gültigen Widerruf muss auch keine Einwilligungsfähigkeit mehr bestehen.

Es empfiehlt sich aber vor Abfassung einer solchen Verfügung eine fachkundige rechtliche und ärztliche Beratung einzuholen.

Auch sollten Sie in regelmäßigen Abständen oder zumindest beim Auftauchen von schweren Krankheiten Ihre Verfügung dahingehend überprüfen, ob die darin enthaltenen Festlegungen Ihren Vorstellungen auch tatsächlich noch entsprechen oder ob die Verfügung entsprechend angepasst werden muss.

Es ist aber für die Gültigkeit einer Patientenverfügung nicht erforderlich die Unterschrift unter der Verfügung in regelmäßigen Abständen zu wiederholen oder zu bestätigen.

Eine Kopie Ihrer Patientenverfügung sollten Sie Ihrem Bevollmächtigten zur Kenntnis und Beachtung übergeben. Dieser muss auch wissen, wo Sie das Original der Verfügung verwahren.

» Wenn eine Patientenverfügung vorliegt:

Liegt eine eindeutige schriftliche Patientenverfügung vor, ist eine Einwilligung des Bevollmächtigten oder des Betreuers in eine konkret anstehende ärztliche Maßnahme nicht erforderlich, da diese Entscheidung ja bereits von Ihnen getroffen worden ist.

Ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer hat allerdings bei Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung zu prüfen, ob die in Ihrer Verfügung genannten Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, ob die Verfügung für die anstehende ärztliche Maßnahme eine Entscheidung enthält und ob sie noch Ihrem aktuellen Willen entspricht. Ist dies der Fall, hat der Bevollmächtigte oder der Betreuer Ihrem Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

» Wenn keine Patientenverfügung vorliegt:

Liegt dagegen keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen in der Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Bevollmächtigte bzw. der Betreuer die Behandlungswünsche und den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine medizinische oder pflegerische Maßnahme oder Behandlung einwilligt oder eine solche untersagt.

Zur Feststellung Ihres mutmaßlichen Willens braucht der Bevollmächtigte bzw. der Betreuer indi-

viduelle, konkrete und aussagekräftige Anhaltspunkte. Er hat dabei insbesondere eventuell frühere Äußerungen, Überzeugung, persönlichen Wertvorstellungen, altersbedingte Lebenserwartung oder auch das Erleiden von großen Schmerzen zu berücksichtigen. Insbesondere Aussagen von Angehörigen und Vertrauenspersonen können hilfreich sein.

Keinesfalls darf ein Behandlungsverzicht oder ein –abbruch von wirtschaftlichen Überlegungen abhängig sein.

» Die Vorfrage allerdings zur Patientenverfügung bzw. zum Behandlungswunsch schlechthin ist die Indikationsstellung durch den behandelnden Arzt. Der Arzt hat zuerst zu prüfen, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Hält der behandelnde Arzt eine bestimmte Maßnahme für nicht mehr indiziert, hat diese Maßnahme zu unterbleiben. Es kommt dann nicht mehr darauf an, ob vielleicht eine Patientenverfügung vorliegt oder wie der Behandlungswunsch des Patienten wäre.

Erst wenn eine Indikation bejaht wird, hat der Arzt die beabsichtigte Maßnahme mit dem Bevollmächtigten bzw. dem Betreuer zu erörtern.

» Genehmigung durch das Betreuungsgericht

Eine Einwilligung des Bevollmächtigten bzw. des Betreuers in eine Untersuchung, Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff muss durch das Betreuungsgericht genehmigt werden, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Patient aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Bevollmächtigten bzw. des Betreuers in medizinische Maßnahme muss durch das Betreuungsgericht genehmigt werden, wenn die Maßnahme indiziert ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Patient aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Eine Genehmigung der Einwilligung, Nichteinwilligung oder des Widerrufs der Einwilligung ist dann nicht erforderlich, wenn zwischen dem Bevollmächtigtem bzw. dem Betreuer und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Einwilligung, Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem festgestellten Willen des Patienten entspricht.

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich _____
Name, Vorname

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

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

☐ Ja ☐ Nein

Wenn in Folge 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 in seltensten Fällen gewisse Fähigkeiten zu Wahrnehmungen oder Empfindungen erhalten sein können und dass ein Aufwachen aus solchem Zustand niemals mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, allerdings äußerst unwahrscheinlich ist.

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ich in Folge 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.

☐ Ja ☐ Nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

2.1. Lebenserhaltende Maßnahmen

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.

☐ Ja ☐ Nein

2.2. Schmerz- und Symptombehandlung

eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung.

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

2.3. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

mit Ausnahme bei palliativmedizinischer Indikation, 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.

☐ Ja ☐ Nein

2.4. Wiederbelebung

die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

☐ Ja ☐ Nein

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

☐ Ja ☐ Nein

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

☐ Ja ☐ Nein

2.5. Künstliche Beatmung

außer bei palliativmedizinischer Indikation, 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.

☐ Ja ☐ Nein

2.6. Dialyse

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

☐ Ja ☐ Nein

2.7. Antibiotika

grundsätzlich keine Antibiotikagabe.

☐ Ja ☐ Nein

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

☐ Ja ☐ Nein

2.8. Blut/Blutbestandteile

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

☐ Ja ☐ Nein

2.9. Ort der Behandlung, Beistand

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

☐ Ja ☐ Nein

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

☐ Ja ☐ Nein

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

☐ Ja ☐ Nein

3. Sonstiges:

Ich möchte

a) Beistand durch folgende Personen: _____

_____

b) Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft: _____

☐ Ja ☐ Nein

c) hospizlichen Beistand.

☐ Ja ☐ Nein

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber einer von mir bevollmächtigten Person bzw. einem gerichtlich bestellten Betreuer.

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft/Ablehnung zur Organspende erklärt habe.

☐ Ja ☐ Nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

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

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

_____

Ort, Datum Unterschrift

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein um meinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln, soll folgender/n Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.

Name	Anschrift	Telefon

Folgende Personen sollen NICHT zu Rate gezogen werden:

Name	Anschrift	Telefon

Ärzte/Ärztinnen meines Vertrauens (Angabe nur zur Information):
Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit der Verfügung.

Name	Anschrift	Telefon

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Name	Anschrift	Telefon

(Eine Beratung ist nicht rechtlich vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber verdeutlichen, dass Sie Ihre Vorstellungen ernsthaft zum Ausdruck gebracht haben und sich der Bedeutung und Folgen Ihrer Verfügung bewusst sind.)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. etwa alle zwei Jahre) zu überprüfen und gegebenenfalls durch Unterschrift zu bestätigen.

Name	Datum	Unterschrift

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

_____

Adresse, Telefon

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

Zu meinem Betreuer/ meiner Betreuerin soll bestellt werden:

_____

Name, Vorname, Geburtsdatum

_____

Adresse

_____

Telefon, E-Mail

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

_____

Name, Vorname, Geburtsdatum

_____

Adresse

_____

Telefon, E-Mail

Auf keinen Fall sollen folgende Personen zum Betreuer / zur Betreuerin bestellt werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, E-Mail

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, E-Mail

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

1.

2.

3.

Ort, Datum Unterschrift

Betreuungsstelle

Landratsamt Straubing-Bogen
Leutnerstr. 15 · 94315 Straubing

09421 973-310

betreuungsstelle@landkreis-straubing-bogen.de

www.landkreis-straubing-bogen.de