

# Die Notfall-Mappe



auch  
als PDF  
zum Ausfüllen  
am PC



Foto: Robert Kneschke – stock.adobe.com





# DIESE NOTFALL-MAPPE GEHÖRT

.....

.....

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

Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und  
Gesundheit.

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



## Liebe Saarländerinnen und Saarländer,

die vergangenen Jahre haben uns eines vor Augen geführt: Wir können die Zukunft nicht vorhersagen. Der Ernstfall ist vielleicht unwahrscheinlich, aber immer möglich. Was wir tun können, ist uns darauf vorzubereiten.

Nach einem Unfall oder bei plötzlicher Krankheit müssen viele organisatorische Dinge geregelt werden. Wofür vorher nie Zeit war, kann dann häufig nicht mehr selbst in die Hand genommen werden. Stattdessen ist man auf die Hilfe von Freunden und Angehörigen angewiesen.

Mit der vorliegenden Mappe möchten wir es Ihnen und Ihren Angehörigen erleichtern, wichtige Fragen, die in Notsituationen aufkommen können, vorsorglich zu klären. Bewahren Sie die Dokumente dieser Mappe an einem zentralen Ort auf und teilen Sie den Platz Ihren engen Bezugspersonen mit. Nur so können diese im Ernstfall auch darauf zurückgreifen.

Mit der Notfall-Mappe möchten wir Ihnen ein Stück Sicherheit bieten. Die Sicherheit, vorgesorgt zu haben. Die Sicherheit, dass Ihre Familie, Ihre Freunde und Bekannten in Ihrem Sinne entscheiden und handeln können.

Mit der Notfall-Mappe wollen wir Ihnen helfen, Ihre Zukunft, auch im Notfall, bereits jetzt zu gestalten. Ich freue mich, dass Sie dieses Angebot heute annehmen.

Bleiben Sie gesund.

Ihr 

**Dr. Magnus Jung**

Minister für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit

### Hinweis:

Diese Notfall-Mappe ist als Loseblatt-Sammlung konzipiert und wegen der besseren Handhabung für den einseitigen Ausdruck gedacht. Wenn Sie die Blätter zweiseitig ausdrucken, können Verschiebungen auftreten.



<b>1. Persönliche Daten</b>	<b>5</b>
1.1 Zu meiner Person	6
1.2 Familie	8
1.3 Beruf/Berufliches	10
1.4 Im Notfall zu benachrichtigen	11
1.5 Person/en, die keine Nachricht erhalten soll/en	11
1.6 Wichtige Rufnummern	13
1.7 Rente/Versorgung	14
1.8 Krankenversicherung	17
1.9 Pflegeversicherung	18
<b>2. Krankheiten/Diagnosen/Berichte</b>	<b>19</b>
2.1 Persönliche Daten und wichtige Rufnummern	20
2.2 Ärzte und Ärztinnen	20
<b>3. Medikamenten-Liste</b>	<b>22</b>
<b>4. Medizinische Daten</b>	<b>24</b>
4.1 Gesundheitszustand	25
<b>5. Notfall-Ausweis/e und Organspendeausweis</b>	<b>28</b>
5.1 Notfall-Ausweis/e	29
5.2 Organspendeausweis	29
<b>6. Informationen über Patienten oder Patientinnen mit einer Demenz</b>	<b>30</b>
6.1 Informationen bei der Aufnahme in ein Krankenhaus	31
6.2 Wichtige zusätzliche Informationen zur Demenz	38



<b>7. Vorsorge-Dokumente</b>	<b>40</b>
7.1 Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung	41
7.2 Angaben zur Vorsorgevollmacht	42
7.3 Angaben zur Vorsorge-Verfügung/en	43
7.4 Was ist eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung?	44
7.5 Vorsorgevollmacht	50
7.6 Betreuungsverfügung	57
7.7 Was ist eine Patientenverfügung?	59
7.8 Patientenverfügung	61
<b>8. Konto-/Depot-Vollmacht und Finanzen</b>	<b>67</b>
8.1 Konto-/Depot-Vollmacht – Vorsorgevollmacht	68
8.2 Finanzen	70
8.3 Verbindlichkeiten	71
8.4 Hinweise auf bestehende Verträge	71
8.5 Fahrzeug/e	72
<b>9. Versicherungen und Mitgliedschaften</b>	<b>73</b>
9.1 Fahrzeug-/Verkehrs-Versicherungen	74
9.2 Sach- und Haftpflicht-Versicherung/en	76
9.3 Mitgliedschaften	78
<b>10. Checklisten</b>	<b>79</b>
10.1 Checkliste vor Einlieferung ins Krankenhaus	80
10.2 Checkliste für den Fall meines Todes	81
<b>11. Organspendeausweis</b>	<b>85</b>
<b>12. Notfall-Ausweis</b>	<b>86</b>

## 1

## Persönliche Daten

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

## 1.1 Zu meiner Person

---

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

---

E-Mail-Adresse

---

Konfession

---

Kirchengemeinde

---

Taufe/Sonstiges

---

Familienstand

---

Name des Ehegatten oder der Ehegattin

---

Vorname/n

## Angaben zum Ehegatten oder der Ehegattin

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Güterstand, Ehevertrag

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

### **Bei Scheidung:**

\_\_\_\_\_  
Datum      Gericht

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

### **Bei eingetragener Lebenspartnerschaft**

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

\_\_\_\_\_  
Vermögensstand

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



## 1.2 Familie

### Kinder und deren Kinder

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

.....

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

.....

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

.....

Wenn Sie mehr Platz benötigen,  
dieses Blatt einfach kopieren.

## Eltern, Geschwister

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

.....

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

.....

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen,  
dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.3 Beruf/Berufliches

\_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit/en

\_\_\_\_\_  
Personalnummer

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

\_\_\_\_\_  
Straße des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

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

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

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

### Bei Selbstständigkeit

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

\_\_\_\_\_  
Straße der Firma

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Handelsregister

\_\_\_\_\_  
Finanzamt

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

\_\_\_\_\_  
Berufsunfähigkeitsversicherung

Wenn Sie mehr Platz benötigen,  
dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.4 Im Notfall zu benachrichtigen

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

.....

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

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

---

Name

---

Vorname

---

Name

---

Vorname

---

Name

---

Vorname

---

Name

---

Vorname

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## Schlüssel

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

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

---

.....

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

---

.....

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Mobil

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.6 Wichtige Rufnummern

### Mein Hausarzt oder meine Hausärztin

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

.....

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

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

.....

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

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

.....

### Mein ambulanter Pflegedienst

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

.....

### Notdienst/Krankentransport

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

.....

### Amtsgericht

\_\_\_\_\_  
Sachbearbeitung Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.7 Rente/Versorgung

### Deutsche Rentenversicherung

\_\_\_\_\_  
Anschrift

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

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

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

### Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

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

### Private Rentenversicherung/en

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

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

### Weitere Altersvorsorge/n

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

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

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

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

**Beamtenversorgung**

---

Amt/Firma/Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin

---

Telefon

---

Personalnummer/Aktenzeichen

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Verwahrung der Unterlagen

.....

**Sterbegeldversicherung**

---

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Bezugsberechtigte Person: Name und Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

---

Bezugsberechtigte Person: Name und Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefon

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.



**Lebensversicherung/en**

---

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnehmende Person

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Verwahrung der Unterlagen**Private Unfallversicherung/en**

---

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnehmende Person

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

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

---

Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft

---

Versicherungsnehmende Person

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Verwahrung der Unterlagen

Wenn Sie mehr Platz benötigen,  
dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.8 Krankenversicherung

### Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

### Besonders wichtig – Versicherungskarte!

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

### Private Krankenversicherung/en

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Versicherungssumme

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

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

### Private Krankenzusatzversicherung/en

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Versicherungssumme

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
 Ort

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

Wenn Sie mehr Platz benötigen,  
 dieses Blatt einfach kopieren.

## 1.9 Pflegeversicherung

### Pflegeversicherung/en

---

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Verwahrung der Unterlagen

---

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

---

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Versicherungssumme

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Verwahrung der Unterlagen

---

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 2

## Krankheiten/ Diagnosen/Berichte

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

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

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

## 2.1 Persönliche Daten und wichtige Rufnummern

Familienstand	ledig	verheiratet	verwitwet
Wohnsituation	alleinlebend	nicht alleinlebend	
Pflegegrad beantragt	keine	1	2 3 4 5
Vorsorgevollmacht	ja	nein	(siehe Kopie im Anhang)
Patientenverfügung	ja	nein	(siehe Kopie im Anhang)

## 2.2 Ärzte und Ärztinnen

### Mein Hausarzt oder meine Hausärztin

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

\_\_\_\_\_  
 Straße Hausnummer

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
 Straße Hausnummer

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

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

**Weitere Fachärzte oder Fachärztinnen**

Fachrichtung

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Fachrichtung

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

**Weitere Ansprechpartner oder Ansprechpartnerinnen**

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

# 3

## Medikamenten-Liste

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

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

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





## 4

## Medizinische Daten

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

## 4.1 Gesundheitszustand

---

### Blutgruppe

---

### Gegenwärtige Krankheiten

---

Behandelnder Arzt oder Ärztin

---

Telefon

---

### Chronische Krankheiten

---

Behandelnder Arzt oder Ärztin

---

Telefon

---

### Diabetes

Ja

Nein

---

#### Verwahrung des Ausweises

Insulin

Ja

Nein

Tabletten

Ja

Nein

---

### Anfallsleiden

Ja

Nein

---

Wenn ja, welche

---

### Allergien

Ja

Nein

---

Wenn ja, welche

**Medikamente**

---

---

---

**Dauermedikation**

<hr/> Name des Medikaments	<hr/> einzunehmen (morgens – mittags – abends – nachts)
<hr/> Name des Medikaments	<hr/> einzunehmen (morgens – mittags – abends – nachts)
<hr/> Name des Medikaments	<hr/> einzunehmen (morgens – mittags – abends – nachts)
<hr/> Name des Medikaments	<hr/> einzunehmen (morgens – mittags – abends – nachts)



**Blutgerinnung**                      Ja                      Nein  
(Marcumar)

---

---



**Implantate**                      Ja                      Nein

Wenn ja, welche

---

---

**Ambulante Behandlungen**

---

---

**Stationäre Behandlungen**

---

---

**Operationen**

Datum	Ort	Krankenhaus oder Praxis
Datum	Ort	Krankenhaus oder Praxis
Datum	Ort	Krankenhaus oder Praxis

.....

**Behinderung/en**

.....

.....

.....

.....

.....

**Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes**

Ausstellungsdatum	Aktenzeichen
Datum der Antragstellung	

.....

**Bemerkungen**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 5

## Notfall-Ausweis/e und Organspendeausweis

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

## 5.1 Notfall-Ausweis/e

**Röntgen-Pass** Ja Nein

---

Verwahrung

---

**Diabetiker-Ausweis** (siehe Kapitel Seite 25, Medizinische Daten)

**Impf-Nachweis** Ja Nein

---

Verwahrung

---

**Impf-Pass** Ja Nein

---

Verwahrung

---

**Allergie-Pass** Ja Nein

---

Verwahrung

---

## 5.2 Organspendeausweis

**Zur Organspende bereit** Ja Nein keine Entscheidung

---

Verwahrung des Ausweises, der Unterlagen

---

Einen Organspendeausweis in Chipkartenform finden Sie in der gedruckten Version auf Seite 85. Weitere Angaben zur Organspende finden Sie auf den Seiten 51, 57, und 63.

6

## Informationen über Patienten oder Patientinnen mit einer Demenz

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

## 6.1 Informationen bei der Aufnahme in ein Krankenhaus

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

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

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

### Angehörige

(Ehe-)Partner oder Partnerin Sohn oder Tochter andere

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

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

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

### Rechtliche betreuende Person

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

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

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



**Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vorhanden**      Ja      Nein

---

Verwahrungsort



**Kontaktaufnahme erwünscht bei**

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| zunehmender Unruhe der kranken Person | fehlender Kooperation in Pflegesituationen           |
| Einleitung von Schutzmaßnahmen        | Problemen bei der Nahrungs-/<br>Flüssigkeitsaufnahme |

---

Sonstiges

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| rund um die Uhr             | nur von _____ bis _____ Uhr |
| Angehörige oder Angehöriger | Betreuende Person           |

Verhalten

---

**Wünsche und Vorlieben**

---

**Ärger/abwehrendes Verhalten bei**

---

**Angst bei**

---

**Weglauf-Tendenzen**

---

**Nähe und Distanz**

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

---

Situationen, in denen der Patient oder die Patientin abrupt ablehnend reagiert

---

**Sonstige Gewohnheiten die beachtet werden sollen**

---

**Zur Entspannung**

---

**Zum Einschlafen**

---

**In Stress-Situationen**

---

**In Pflege-Situationen**

**Eingeschränktes Sehen**

leicht

schwer

Brille vorhanden



**Eingeschränktes Hören**

leicht

schwer

Hörgerät vorhanden



**Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis**

ist weitgehend erhalten

kurze Fragen werden  
verstanden

ist sehr eingeschränkt,  
z. B. auf prägnante Worte

Sprachverständnis fehlt

Gesten werden verstanden



**Sprache und Sprechfähigkeit**

sind weitgehend  
erhalten

kurze Sätze können  
gebildet werden

sind sehr eingeschränkt,  
z. B. nur einzelne Wörter können  
gebildet werden

nicht möglich, weil



**Gewohnheiten im Tagesablauf**

**morgens** (z. B. zuerst Frühstück)

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

**abends** (z. B. Getränke, Rituale)

**Körperpflege**

Körperpflege selbstständig	wäscht sich am Waschbecken selbst
benutzt Waschlappen/-handschuh	bevorzugt Wannenbad
wäscht Oberkörper selbstständig	bevorzugt Dusche

**Hilfestellung**

---

Nötig bei?

**Abwehrendes Verhalten**

---

Bei?

---

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

---

Welche?

---

**Ausscheiden**

Kontrolle der Blase	Kontrolle des Darms	erkennt Toilette
---------------------	---------------------	------------------

---

Feste Toilettenzeiten

**Hilfsmittel**

Urinflasche	Steckbecken	Einlagen
Vorlage		

---

Feste Toilettenzeiten

---



---

**Essen und Trinken**

erkennt Essen	erkennt Getränke	isst selbstständig
trinkt selbstständig	braucht Ansprache/ Erinnerung	benötigt Zeit/Geduld bei den Mahlzeiten
Besteck in die Hand legen	Hand führen/ Bewegung führen	isst mit den Fingern
Gebiss vorhanden	tägliche Trinkmenge _____ ml	

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

Welche?

---



---

**Bevorzugte Speisen und Getränke**

Welche?

---

**Abneigung/Unverträglichkeiten**

Welche?

---



---

**Hilfestellung**

Bei?

---

**Abwehrendes Verhalten**

Bei?

---



---

An- und Auskleiden

**Lieblingskleidungsstücke**

Welche?

---

**Besonderheiten**

Welche?

---

**Abwehrendes Verhalten**

Welche?

---

Ruhen und Schlafen

Ruhen und Schlafen ohne Probleme

Einschlafstörungen

Toilettengänge gegen \_\_\_\_\_ Uhr

nächtliches Aufstehen

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

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

**Einschlafgewohnheiten**

Welche?

---

**Einschlafstörungen/nächtliche Unruhe**

Was hilft?

---



---

## 6.2 Wichtige zusätzliche Informationen zur Demenz

### Wichtige Personen im Leben

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

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

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

Reagiert die Person auf bestimmte „Schlüsselwörter“? Ja Nein

Wenn ja, welche?

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

### Was die Person gar nicht mag

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

### Besondere Bemerkungen

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

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

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

Religion Regionale Herkunft/Heimat

Muttersprache/Dialekt Ehemaliger Beruf (z. B. Handwerk)

Stolz/Bedeutsames

---



---

Früherer Wohnort

Frühere Wohnverhältnisse

Früherer eigener Beruf Telefon

Hobbys/Vorlieben ehemalige Hobbys/Vorlieben

Prägende traumatische Erlebnisse

---



---



---



## 7

## Vorsorge-Dokumente

Heften Sie nach dieser Seite bitte ein:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

## 7.1 Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung

### 1 Die Vorsorgevollmacht

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

### 2 Die Betreuungsverfügung

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

### 3 Die Patientenverfügung

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

Quelle Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung: Ministerium für Justiz, Vorsorge durch Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, 2023.

## 7.2 Angaben zur Vorsorgevollmacht

**Vorsorgevollmacht**

Ja

Nein

Inhalt in Stichworten (medizinische/gesundheitliche, rechtsgeschäftliche Vollmacht für folgende Angelegenheiten/Generalvollmacht mit Gesundheitsvorsorge auch bei Lebensgefahr und Gefahr für schwere oder länger dauernde Gesundheitsschäden, § 1829 BGB)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Verwahrung

---

Eingetragen

---

Bevollmächtigte Person

---

**Personen, die informiert sind**

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Name	Vorname

## 7.3 Angaben zur Vorsorge-Verfügung/en

### Patientenverfügung

Ja

Nein

---

 Verwahrung
 

---

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

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

---

 Name

---

 Vorname

---

 Name

---

 Vorname

---

 Name

---

 Vorname

### Person/en, die Vollmacht haben, meine Patientenverfügung durchzusetzen

---

 Name

---

 Vorname

---

 Name

---

 Vorname

---

 Name

---

 Vorname

### Betreuungsverfügung

Ja

Nein

## 7.4 Was ist eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung?

### **Nehmen Sie sich etwas Zeit ...**

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

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

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

Indem Sie eine Vertrauensperson bevollmächtigen, vermeiden Sie, dass das Gericht im Bedarfsfall für Sie einen Betreuer bestellt. Nicht zuletzt können die hierdurch entstehenden gerichtlichen Verfahrensgebühren, zulasten Ihres Vermögens, vermieden werden.

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

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

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

#### **Wichtig:**

Auch die durch eine Vorsorgevollmacht bevollmächtigte Person benötigt in diesen Fällen die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

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

#### **Wichtig:**

Auch hier benötigt die in einer Vorsorgevollmacht zu diesen Eingriffen bevollmächtigte Person die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

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

**Wichtig:**

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

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

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

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

Aus Gründen der Klarheit und Beweiskraft ist eine schriftliche Abfassung der Vollmacht notwendig. Die Vollmacht zur Vorsorge muss nicht handschriftlich verfasst sein (in diesem Fall wäre allerdings die Gefahr der Fälschung am geringsten). Sie können eine Vollmacht auch mit Maschine schreiben oder von einer anderen Person schreiben lassen. Schließlich können Sie sich auch eines geeigneten Vordruckmusters – ein solches befindet sich auf Seite 50, Medizinische Daten – hierfür bedienen. Ort, Datum und vollständige eigenhändige Unterschrift dürfen jedoch keinesfalls fehlen.

Soll die bevollmächtigte Person auch über mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringung oder über freiheitsentziehende Maßnahmen entscheiden können, so müssen diese Maßnahmen ausdrücklich in der Vollmacht benannt sein.

Das Gleiche gilt, wenn die bevollmächtigte Person über gefährliche Eingriffe oder in einer Patientenverfügung niedergelegte Wünsche entscheiden können soll.

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

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

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

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

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

Dies wird in der Regel eine angehörige oder eine Ihnen sonst sehr nahe stehende Person sein.

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

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

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

Sie können die Vollmacht aber auch so erteilen, dass mehrere bevollmächtigte Personen Sie nur gemeinsam vertreten dürfen. Dies können Sie etwa bei Angelegenheiten vorsehen, die Ihnen besonders wichtig sind (für die bei einer

Haushaltsauflösung notwendigen Rechtsgeschäfte dürfen zum Beispiel Ihre beiden Kinder nur gemeinsam handeln).

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

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

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

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

Hierzu gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- Sie verwahren die Vollmachten-Urkunde an einem (auch im Ernstfall) leicht zugänglichen Ort, den die bevollmächtigte Person kennt (z. B. in Ihrem häuslichen Schreibtisch).
- Sie übergeben die Vollmachten-Urkunde von vornherein der bevollmächtigten Person mit der Maßgabe, von dieser nur in dem besprochenen Fall Gebrauch zu machen. Wie schon erwähnt, sollten Sie ohnehin nur eine Person bevollmächtigen, der Sie vorbehaltlos vertrauen können. Sollte diese Person absprachewidrig schon vorzeitig von der Vollmacht Gebrauch machen, können Sie die Vollmacht widerrufen und Schadensersatz fordern.
- Sie übergeben die Vollmachtenurkunde einer anderen Vertrauensperson zur treuhänderischen Verwahrung mit der Auflage, sie der bevollmächtigten Person im Bedarfsfall auszuhändigen.
- Sie können eine Kopie der Vollmachten-Urkunde beim Betreuungsgericht (Amtsgericht) hinterlegen. Dies empfiehlt sich, weil dann das Gericht im Bedarfsfall Kenntnis von der Vollmacht hat. Es wird dann keine betreuende Person bestellt, wenn die bevollmächtigte Person hinreichend geeignet ist, weil eine wirksame Vollmacht im Rahmen ihrer Reichweite eine Betreuung entbehrlich macht, und so Ihren persönlichen Wünschen entsprochen werden kann.
- Bei einer notariellen Vollmacht können Sie auch an folgende Möglichkeit denken: Sie können den Notar anweisen, an die bevollmächtigte Person nur dann eine Ausfertigung der Vollmachtenurkunde herauszugeben, wenn diese ein ärztliches Attest vorlegt, wonach Sie die in der Vollmacht bezeichneten Angelegenheiten nicht mehr besorgen können. Sie können mit dem Notar absprechen, wie alt das Attest sein darf, und dass dessen Richtigkeit nicht überprüft werden muss.

## 6 Die Geltungsdauer einer Vollmacht.

Die Vollmacht gilt im „Außenverhältnis“ ab ihrer Ausstellung. Im „Innenverhältnis“ der bevollmächtigten Person ist aber die mit ihr getroffene Vereinbarung maßgebend (zu diesen Begriffen vgl. „Was ist eine Vorsorgevollmacht?“ auf Seite 44). Diese wird wörtlich oder stillschweigend dahingehend lauten, dass sie von der Vollmacht erst Gebrauch machen darf, wenn Sie selbst nicht mehr handlungsfähig sind.

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

Der Tod des Vollmachtgebers führt nach neuerer Rechtsprechung im Zweifel zum Erlöschen der Vorsorgevollmacht. In der Vollmacht sollte jedoch geregelt werden, dass diese über den Tod des Vollmachtgebers hinaus fort gilt.



## 7 So verdeutlichen Sie eigene Wünsche und Vorstellungen:

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

### **Beispiel:**

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

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

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

## 8 Was ist eine Betreuungsverfügung?

Falls Sie sich nicht mehr selbst äußern können, sollen die Wünsche berücksichtigt werden, die Sie zuvor festgelegt haben. Dies geschieht zweckmäßig in einer schriftlichen Verfügung für den Betreuungsfall, auch „Betreuungsverfügung“ genannt. Sie können darin bestimmen, wer Ihre betreuende Person werden soll. Sie können aber auch festlegen, wer keinesfalls als betreuende Person in Betracht gezogen werden soll. Diese Wünsche sind für das Gericht grundsätzlich verbindlich. Im beigefügten Vollmachten-Formular können Sie deshalb auch verfügen, dass die bevollmächtigte Person als betreuende Person ausgewählt werden soll, wenn trotz der Vollmacht eine Betreuungsbestellung notwendig werden sollte. Ein Muster einer Betreuungsverfügung befindet sich auf Seite 57.

Mit dem Errichten einer Betreuungsverfügung können Sie im Bedarfsfall eine Betreuung nicht vermeiden, allerdings können Sie die Person des Betreuers bestimmen.

## 9 Der Unterschied zwischen Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung:

Ist eine Person, der Sie vollständig vertrauen können, bereit, sich im Bedarfsfall um Ihre Angelegenheiten zu kümmern, dürfte eine Vollmacht einer gerichtlich angeordneten Betreuung vorzuziehen sein. Abgesehen von den schon erwähnten Ausnahmen braucht die bevollmächtigte Person für Ihre Entscheidungen auch keine gerichtlichen Genehmigungen.

Sie vermeiden damit das mit der Betreuungsbestellung verbundene gerichtliche Verfahren. Ihre bevollmächtigte Person steht – anders als die betreuende Person – nicht unter der Kontrolle des Betreuungsgerichts.

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

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

### **10 Wer entscheidet über ärztliche Behandlung?**

Solange Sie als Patient oder Patientin einwilligungsfähig sind, entscheiden Sie selbst über alle Sie betreffenden ärztlichen Maßnahmen nach Aufklärung und

Beratung durch den Arzt oder die Ärztin. Dies gilt auch, wenn für Sie eine Betreuung mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsvorsorge angeordnet wurde.

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

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

## 7.5 Vorsorgevollmacht

### Ich (Vollmachtgeber/-in),

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

genaue Anschrift

---

---

Telefon

---

Telefax

---

E-Mail-Adresse

---

---

### erteile hiermit Vollmacht an (bevollmächtigte Person):

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

genaue Anschrift

---

---

Telefon

---

Telefax

---

E-Mail-Adresse

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

rer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

## Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Ja                      Nein

- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese Maßnahmen 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 ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1829 Abs. 1, Abs. 2 BGB).

Ja                      Nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Ja                      Nein

- 

---

---

---

---

---

---

---

---

Ja                      Nein

Auf Seite 29 sind Angaben zur Organspende zu finden

## Aufenthalt, Unterbringung 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. 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

- Solange es in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse ist, darf sie

- über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Abs. 1 BGB),

Ja                      Nein

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

Ja                      Nein

- über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Abs. 1 BGB),

Ja                      Nein

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

entscheiden.

### Achtung:

Die freiheitsentziehende Unterbringung durch den Bevollmächtigten bzw. die Bevollmächtigte sowie dessen bzw. deren Einwilligung in eine Zwangsmaßnahme oder eine unterbringungsähnliche Maßnahme (bspw. das Anbringen von Bettgittern) bedürfen der Genehmigung durch das Betreuungsgericht, §§ 1831 Abs. 2, 1832 Abs. 2, Abs. 4 BGB!

## Behörden

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

Ja                      Nein




---



---



---



---

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, zurücknehmen

Ja                      Nein

namentlich

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.

Ja                      Nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

Ja                      Nein

- Verbindlichkeiten eingehen.

Ja                      Nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

Ja                      Nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer bzw. einer Betreuerin rechtlich ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen).

Ja                      Nein



---

---

---

---

Ja

Nein

- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

---

---

---

---

**Achtung:**

Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für bestimmte Bereiche kann zudem eine notariell beurkundete Vollmacht (z. B. Aufnahme von Darlehen) oder zumindest eine öffentlich beglaubigte Vollmacht (z. B. Immobiliengeschäfte) erforderlich sein. Lassen Sie sich ggf. insoweit beraten.

**Post und Telekommunikation**

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen. Dies gilt auch für elektronische Post. Zudem darf sie über die Telekommunikation einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja

Nein



---

---

---

---

Ja                  Nein

### Vertretung vor Gericht

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

Ja                  Nein



Ja                  Nein

### Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Ja                  Nein

### Betreuungsverfügung

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

Ja                  Nein



**Geltung über den Tod hinaus**

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ja                      Nein

**Weitere Regelungen**

---

---

---

---

Ja                      Nein

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

**Beglaubigungsvermerk**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 7.6 Betreuungsverfügung

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

genaue Anschrift

---

Telefon, Telefax

---

E-Mail-Adresse

---

An das Amtsgericht in \_\_\_\_\_

### Bestellung eines Betreuers/einer Betreuerin

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

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

genaue Anschrift

---

Telefon, Telefax

---

E-Mail-Adresse

zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin zu bestellen.

Falls die vorstehende Person nicht zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin bestellt werden kann, soll

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

genaue Anschrift

---

Telefon, Telefax

---

E-Mail-Adresse

zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin bestellt werden.

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

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

genaue Anschrift

---

Telefon, Telefax

E-Mail-Adresse

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift

Auf Seite 29 sind Angaben zur Organspende zu finden

## 7.7 Was ist eine Patientenverfügung?

### 1 Was ist eine Patientenverfügung?

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

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

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

Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

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

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

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

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

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

## 2 Wie formuliere ich eine Patientenverfügung?

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

Es wird dringend empfohlen, dies mit einem Arzt oder einer Ärztin Ihres Vertrauens zu besprechen. Das nachfolgende Musterformular bietet an dieser Stelle Entscheidungsvorschläge und dient lediglich als Hilfestellung. Insbesondere der Abschnitt „Eigene Wertvorstellungen“ ist dabei zu beachten.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auf die Publikation des Bundesministeriums der Justiz hinweisen. Diese enthält Erläuterungen und Textbausteine zur individuellen Gestaltung einer Patientenverfügung.

Es ist darüber hinaus empfehlenswert, die Patientenverfügung mit einer Vorsorge- oder Betreuungsverfügung zu kombinieren. So kann das Betreuungsgericht bei Bedarf für Sie den Betreuer, der mit Rechtsmacht für Sie sprechen darf, mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitspflege bestellen. Dieser ist gehalten, den Willen Ihrer getroffenen Entscheidungen zu beachten.

Das Bundesministerium für Justiz hat unter [www.bmj.de/patientenverfuegung](http://www.bmj.de/patientenverfuegung) wichtige Informationen zur Formulierung einer Patientenverfügung bereitgestellt.

## 7.8 Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

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

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

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zugewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

●

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

### **Wichtig:**

Es genügt hier nicht nur den Punkt „Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern...“ anzukreuzen!

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

### **Wichtig:**

Sonstige allgemeingültig gehaltene Hinweise im Hinblick auf die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern, sind hier\* näher zu beschreiben. Allein die Aufforderung, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen oder zuzulassen, z.B. wenn ein Therapieerfolg nicht mehr zu erwarten ist, begründet keine Behandlungsentscheidung für den Arzt. Bitte geben Sie genau an, welche ärztlichen oder pflegerischen Maßnahmen Sie konkret wünschen oder ablehnen. Falls Sie nicht selbst über die erforderlichen Fachkenntnisse verfügen, sollten Sie sich dabei individuell von einer fachkundigen Person beraten lassen und die Angelegenheit mit Ihrem Hausarzt oder einem Arzt Ihres Vertrauens besprechen.

\*

---

---

---

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

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder Bauchdecke noch über die Vene)
- Verminderte Flüssigkeitsabgabe nach ärztlichem Ermessen

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

Ich wünsche eine Begleitung durch

- **Persönliche Wünsche und Anmerkungen**

---

 Vorname

---

 Name

---

 Telefon

---

 Postleitzahl

---

 Ort

- **Seelsorge**

---

 Vorname

---

 Name

---

 Telefon

---

 Postleitzahl

---

 Ort

- **Hospizdienst**

---

 Vorname

---

 Name

---

 Telefon

---

 Postleitzahl

---

 Ort

## 5. Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind.

Entsprechendes soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) in wenigen Tagen eintreten wird.

Ja            Nein

Auf Seite 29 sind Angaben zur Organspende zu finden



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

### Bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Mobil

- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja      Nein

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

**Arzt oder Ärztin meines Vertrauens:**\_\_\_\_\_  
Name\_\_\_\_\_  
Vorname\_\_\_\_\_  
Straße\_\_\_\_\_  
Hausnummer\_\_\_\_\_  
Postleitzahl\_\_\_\_\_  
Ort\_\_\_\_\_  
Telefon\_\_\_\_\_  
Telefax**Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von\***\_\_\_\_\_  
Name\_\_\_\_\_  
Vorname\_\_\_\_\_  
Straße\_\_\_\_\_  
Hausnummer\_\_\_\_\_  
Postleitzahl\_\_\_\_\_  
Ort\_\_\_\_\_  
Telefon\_\_\_\_\_  
Mobil\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Ort\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein stattgefundenes Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben. Eine Unterschrift durch die bevollmächtigte Person sowie eine Beglaubigung ist nicht notwendig.

**Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 8

## Konto-/Depot- Vollmacht und Finanzen

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

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

- **Wichtiger Hinweis**

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

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

## 8.1 Konto-/Depot-Vollmacht – Vorsorgevollmacht

### Kontoinhaber oder Kontoinhaberin/Vollmachtgeber oder Vollmachtgeberin

---

 Name

---

 Vorname

---

 Straße

---

 Hausnummer

---

 Postleitzahl

---

 Ort

---

 Name der Bank

---

 Straße

---

 Hausnummer

---

 Postleitzahl

---

 Ort

### Ich bevollmächtige hiermit die nachstehend genannte bevollmächtigte Person

---

 Name

---

 Vorname

---

 Straße

---

 Hausnummer

---

 Postleitzahl

---

 Ort

---

 Name der Bank

---

 Straße

---

 Hausnummer

---

 Postleitzahl

---

 Ort

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

---

 Datum

---

 Ort

---

 Unterschrift der kontenführenden Person

Erneut bestätigt am:

---

 Datum

---

 Ort

---

 Unterschrift der kontenführenden Person

## Wichtige Hinweise für die kontenführende/vollmachtgebende Person

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

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

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

### Im Einzelnen gelten folgende Regeln:

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

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

Postleitzahl	Ort	Unterschrift der kontenführenden Person
Erneut bestätigt am:		

Postleitzahl	Ort	Unterschrift der kontenführenden Person
--------------	-----	---

<p>Ihre Bank/Sparkasse ist gesetzlich verpflichtet, die bevollmächtigte Person anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren.</p>	<p>Zur Erteilung der Konto-/Depot-Vollmacht suchen Sie daher bitte Ihre Bank/Sparkasse in Begleitung Ihrer bevollmächtigten Person auf.</p>
--	---

## 8.2 Finanzen

Girokonto/-konten, Sparbuch/-bücher, Sparkonto/-konten Sparvertrag/-verträge, Bausparvertrag/-verträge, Wertpapiere, sonstige Geldanlagen (jeweils erforderliche Angaben wie: Angelegt bei/hinterlegt bei, ggf. Hinweis auf besondere Aufstellung/en und Verwahrung)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 8.3 Verbindlichkeiten

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 8.4 Hinweise auf bestehende Verträge

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 8.5 Fahrzeug/e

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

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

\_\_\_\_\_  
Erstzulassung                      Hubraum                      Standort

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

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

\_\_\_\_\_  
Erstzulassung                      Hubraum                      Standort

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

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

\_\_\_\_\_  
Erstzulassung                      Hubraum                      Standort

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

9

## Versicherungen und Mitgliedschaften

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

## 9.1 Fahrzeug-/Verkehrs-Versicherungen

### Kraftfahrzeug-Versicherung/en

---

 Fahrzeug

---

 Amtliches Kennzeichen

---

 Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

 Versicherungsnummer

---

 Straße

---

 Hausnummer

---

 Postleitzahl

---

 Ort

**Teilkasko**

Ja

Nein

---

 Selbstbeteiligung in Euro

**Vollkasko**

Ja

Nein

---

 Selbstbeteiligung in Euro

### Insassenunfall-Versicherung

---

 Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

 Straße

---

 Hausnummer

---

 Postleitzahl

---

 Ort

---

 Versicherungssumme

---



---



---

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

**Verkehrsrechtsschutz-Versicherung**

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

---

---

---

---

---

## 9.2 Sach- und Haftpflicht-Versicherung/en

### Privat-Haftpflicht-Versicherung

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

### Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht-Versicherung

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

### Wohngebäude-Versicherung

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

### Sturmschäden-Versicherung/en

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

**Hausrat-Versicherung**

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

**Glasbruch**

Ja

Nein

**Rechtsschutz-Versicherung**

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

**Sonstige Versicherungen**

---

Versicherungsagentur/-gesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

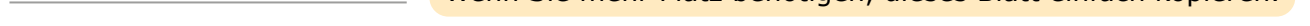
Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort



Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 9.3 Mitgliedschaften

---

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

---

Straße

Hausnummer

---

Postleitzahl

Ort

---

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

.....

---

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

---

Straße

Hausnummer

---

Postleitzahl

Ort

---

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

.....

---

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

---

Straße

Hausnummer

---

Postleitzahl

Ort

---

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

.....

---

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

---

Straße

Hausnummer

---

Postleitzahl

Ort

---

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

Wenn Sie mehr Platz benötigen, dieses Blatt einfach kopieren.

## 10

## Checklisten

- Vor Einlieferung ins Krankenhaus
- Für den Fall meines Todes



## 10.1 Checkliste vor Einlieferung ins Krankenhaus

erledigt

- Bei Anforderung des Krankentransports genaue Beschreibung des Wohnorts und der Zugangsmöglichkeiten geben!  
(Notarzt oder Notärztin, Rettungsdienst, Feuerwehr:  
Notrufnummer 112, Polizei, Allgemeiner Notruf: 110)

- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten!  
(Fenster/Hausnummernbeleuchtung)

- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung,  
Versicherungskarte (Seite 17, Medizinische Daten)

- Toilettenartikel

- Nachtwäsche, Leibwäsche,  
Morgenmantel, Hausschuhe

- Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe, Gebiss

- Bisher einzunehmende Medikamente

- Personalausweis, Geld  
(nur geringer Betrag)

- Anschriften/Telefon der nächsten  
Angehörigen, Bekannten

- Evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)

- Nachbarn informieren  
(Post, Blumen, Haustiere)

## 10.2 Checkliste für den Fall meines Todes

---

### **Sterbeurkunde**

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

Dazu sind notwendig:

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

---

Verwahrung meines Personalausweises

---

Verwahrung meiner Geburtsurkunde

---

Verwahrung meiner Heiratsurkunde, meines Familienstammbuches  
sowie den vorgenannten Unterlagen

---

### **Meine Wünsche**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bestattungsunternehmen**

wurde ein Vertrag geschlossen  Ja  Nein

Vereine, Verbände, Gewerkschaften

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

.....

**Einkleidung meines toten Körpers**

.....

**Art/Gestaltung meines Sarges/meiner Urne**

.....

**Trauerfeier**

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

.....

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

möchte ich

möchte ich nicht

Adressatenliste ist erstellt

Ja

Nein

---

Verwahrung

**Adressatenliste ist nicht erstellt, daher bitte Trauerkarten versenden an:**

Verwandte

Nachbarn

Freundeskreis

.....

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

---

---

.....

**Blumen und Kränze**

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

Weitere Anordnungen sind wo zu finden?

---

---

---

**Grab**

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

---

---

---

**Letztwillige Verfügungen**

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

---

---

---

---

**Auflösung des Haushalts/Verbleib von Tieren**

---

---

In Deutschland werden Personen erst mit einer schriftlichen oder mündlichen Willenserklärung Organspenderin oder Organspender. Deswegen ist es wichtig, mit Angehörigen und engen Freunden über die eigene Entscheidung zu sprechen und einen Organspendeausweis bei sich zu tragen bzw. zu vermerken wo er hinterlegt.

Treffen Sie Ihre Entscheidung und dokumentieren Sie diese auf einem Organspendeausweis. So schaffen Sie Klarheit für sich und Ihre Angehörigen. Falls Sie Ihre Entscheidung ändern sollten, können Sie jederzeit einen neuen Organspendeausweis ausfüllen.

Auf Seite 29 sind Angaben zur Organspende zu finden

### **Erstellen Sie jetzt Ihren Organspendeausweis:**

<https://www.organspende-info.de/organspendeausweis-download-und-bestellen/>

Mehr Informationen auf:  
<http://www.organspende-info.de>

# Für den Notfall

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

## Wichtige Notruf-Nummern:

Polizei..... **110** Schlaganfall-Telefon..... **112**

Rettungsdienste (Notarzt, Feuerwehr)..... **112**

## Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:

Name

Telefon

**Mein Name**

**Vorname**

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

## Im Notfall bitte benachrichtigen

Name

Vorname

Telefon



## Für den Notfall

Mein Name

Mein Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon



## Für den Notfall

Mein Name

Mein Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon



## Für den Notfall

Mein Name

Mein Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

## Für den Notfall

Mein Name

Mein Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon



**Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:**

---

Name

---

Telefon**Im Notfall bitte benachrichtigen**

---

Name

---

Adresse

---

Telefon**Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:**

---

Name

---

Telefon**Im Notfall bitte benachrichtigen**

---

Name

---

Adresse

---

Telefon**Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:**

---

Name

---

Telefon**Im Notfall bitte benachrichtigen**

---

Name

---

Adresse

---

Telefon**Mein Hausarzt oder meine Hausärztin:**

---

Name

---

Telefon**Im Notfall bitte benachrichtigen**

---

Name

---

Adresse

---

Telefon



## Impressum

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit, Soziales,  
Frauen und Gesundheit (MASFG)

Franz-Josef-Röder-Straße 23  
66119 Saarbrücken

Redaktion: Satzweiss.com Print Web Software GmbH,  
Saarbrücken

MASFG - Referat für Presse-  
und Öffentlichkeitsarbeit

Telefon +49 (0) 681 501-30 97

E-Mail: [presse@soziales.saarland.de](mailto:presse@soziales.saarland.de)

Druck: Druckerei Wollenschneider, Saarbrücken

Weite Informationen finden sie im Internet  
unter [www.inklusion.saarland.de](http://www.inklusion.saarland.de)

2023

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Regierung des Saarlandes herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.