

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeder von uns hofft, dass er fit, gesund und von schweren Schicksals-
schlägen verschont bleibt. Aber wir wissen alle, dass plötzliche Not-
fälle und außergewöhnliche Situationen uns und unsere Angehörigen
unverhofft treffen können.



Die Notfall- und Vorsorgemappe des Landkreises Freyung-Grafenau wurde wieder in bewährter Zu-
sammenarbeit mit den Kliniken Am Goldenen Steig erstellt. Mit diesem hilfreichen Werk können Sie
wichtige Informationen und Dokumente übersichtlich zusammenzuführen. Das hilft Ihnen, aber auch
Ihren Angehörigen oder Bevollmächtigten.

Durch ein plötzliches Ereignis, wie z. B. Unfall oder Krankheit, können wir - unabhängig vom Alter - von
einer Sekunde auf die andere vor ungeahnten Herausforderungen stehen. Gerade in diesen Situatio-
nen ist es hilfreich, ja vielleicht sogar notwendig, dass alle wichtigen Informationen kompakt zur Ver-
fügung stehen und im Notfall schnell griffbereit sind. Die Mappe enthält beispielsweise Formulare, mit
denen Sie sicherstellen können, dass in Notfallsituationen nach Ihrem Willen gehandelt werden kann.
Beigefügt sind ebenfalls eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung, Mustervorschläge für
eine Patientenverfügung sowie eine Vollmacht für digitale Konten. Ein Notfallpass wurde in die Mappe
ebenfalls mit aufgenommen. Ersthelfer erhalten dadurch notwendige Informationen, die in einem Not-
fall von Bedeutung sein können, wie z. B. Allergien, Vorerkrankungen, Medikamente usw.

Nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie alles aus, was für Sie wichtig ist.

Informieren Sie Ihre Angehörigen und sonstige Vertrauenspersonen, dass Sie eine Notfallmappe be-
sitzen und wo diese aufbewahrt ist. Wichtig ist vor allem, dass Sie die Mappe immer wieder sowie von
Zeit zu Zeit durchgehen und ggf. aktualisieren.

Vorsorge ist keine Frage des Alters und gibt Sicherheit für die Zukunft. Für eine Notfall- und Vorsorge-
mappe ist man nie zu jung! Deswegen zögern Sie nicht und sorgen Sie vor!

Ich wünsche Ihnen, dass Sie für den Notfall gut gerüstet sind, dieser aber nie eintritt. Geben Sie auf
sich Acht.

Herzliche Grüße

Ihr

Sebastian Gruber
Landrat

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

HAUSARZT

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Krankenkasse, Versicherungsnr.

ANSPRECHPARTNER IM NOTFALL

Vorname

Name

Telefon

Mobil

PFLEGE

Pflegegrad

Pflegedienst

Pflegedienst Ansprechpartner

Telefon/Mobil

PATIENTENVERFÜGUNG

☐ Ja

☐ Nein

ERKRANKUNGEN / VORERKRANKUNGEN

Herzinfarkt

☐ Ja

☐ Nein

Bypass-Operation/-en

☐ Ja

☐ Nein

Medikament zur Blutverdünnung

☐ Ja

☐ Nein

Gelenkersatz, welche?

Bluthochdruck

☐ Ja

☐ Nein

Asthma / chronische Bronchitis

☐ Ja

☐ Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

☐ Ja

☐ Nein

Nierenerkrankungen

☐ Ja

☐ Nein

Dialyse seit:

Hämophilie (Bluterkrankheit).....

☐ Ja

☐ Nein

Welche?

BESONDERHEITEN

☐ Herzschrittmacher

☐ Verwirrtheit

☐ Krebs

☐ Epilepsie

☐ Demenz

☐ Defi

☐ Weglauftendenz

☐ Organtransplantation

IMPFUNGEN

☐ Tetanus

ALLERGIEEN / INFEKTIONSKRANKHEITEN

BLUTGRUPPE

☐ A

☐ B

☐ AB

☐ O

Rhesusfaktor:

☐ positiv

☐ negativ

BESONDERE MEDIKAMENTE / SONSTIGES

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass diese Notfallsituation diese Daten an einen Helfer oder Rettungsdienst weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeder von uns hofft, dass er fit, gesund und von schweren Schicksalsschlägen verschont bleibt. Aber wir wissen alle, dass plötzliche Notfälle und außergewöhnliche Situationen uns und unsere Angehörigen unverhofft treffen können.



Die Notfall- und Vorsorgemappe des Landkreises Freyung-Grafenau wurde wieder in bewährter Zusammenarbeit mit den Kliniken Am Goldenen Steig erstellt. Mit diesem hilfreichen Werk können Sie wichtige Informationen und Dokumente übersichtlich zusammenzuführen. Das hilft Ihnen, aber auch Ihren Angehörigen oder Bevollmächtigten.

Durch ein plötzliches Ereignis, wie z. B. Unfall oder Krankheit, können wir - unabhängig vom Alter - von einer Sekunde auf die andere vor ungeahnten Herausforderungen stehen. Gerade in diesen Situationen ist es hilfreich, ja vielleicht sogar notwendig, dass alle wichtigen Informationen kompakt zur Verfügung stehen und im Notfall schnell griffbereit sind. Die Mappe enthält beispielsweise Formulare, mit denen Sie sicherstellen können, dass in Notfallsituationen nach Ihrem Willen gehandelt werden kann. Beigefügt sind ebenfalls eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung, Mustervorschläge für eine Patientenverfügung sowie eine Vollmacht für digitale Konten. Ein Notfallpass wurde in die Mappe ebenfalls mit aufgenommen. Ersthelfer erhalten dadurch notwendige Informationen, die in einem Notfall von Bedeutung sein können, wie z. B. Allergien, Vorerkrankungen, Medikamente usw.

Nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie alles aus, was für Sie wichtig ist.

Informieren Sie Ihre Angehörigen und sonstige Vertrauenspersonen, dass Sie eine Notfallmappe besitzen und wo diese aufbewahrt ist. Wichtig ist vor allem, dass Sie die Mappe immer wieder sowie von Zeit zu Zeit durchgehen und ggf. aktualisieren.

Vorsorge ist keine Frage des Alters und gibt Sicherheit für die Zukunft. Für eine Notfall- und Vorsorgemappe ist man nie zu jung! Deswegen zögern Sie nicht und sorgen Sie vor!

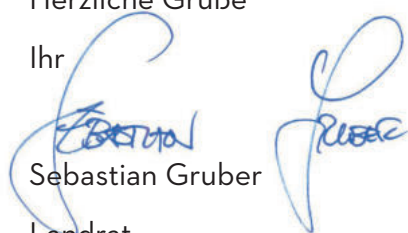
Ich wünsche Ihnen, dass Sie für den Notfall gut gerüstet sind, dieser aber nie eintritt. Geben Sie auf sich Acht.

Herzliche Grüße

Ihr

Sebastian Gruber

Landrat



Die Notfallmappe wurde ausgefüllt am

Unterschrift

1. Aktualisierung am

Unterschrift

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Polizei	110
Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116117
Auskunft Apothekennotdienst	0800 0022833
Giftnotruf	089 19240 oder 0911 3982451
Telefonseelsorge	0800 1110222
EC-Kartensperrung	116116

Hausarzt

Kontaktperson im Notfall

Stadt-/Gemeindeverwaltung

Pfarramt

Ambulanter Pflegedienst

Derzeitiger Stromversorger, Notdienst

Derzeitiger Gasversorger, Notdienst

Als Hilfestellung für einen Notruf (Polizei 110 / Notruf 112)

gelten die folgenden 6 W-Wörter

- **Wo** ist etwas geschehen?
- **Wer** ruft an?
- **Was** ist geschehen?
- **Wie** viele Personen sind betroffen?
- **Welche** Art der Erkrankung/Verletzung liegt vor?
- **Warten** auf Rückfragen

INHALTSVERZEICHNIS

Wichtige Telefonnummern	2
Persönliche Daten	4
Im medizinischen Notfall	6
Weitere medizinische Daten	8
Vorsorge und Finanzen	10
Am Ende des Weges.....	21
Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und Vollmacht für digitale Konten.....	26
Digitale Konten im Nachlass:	
Wichtige Hinweise für den Umgang mit Online-Anbietern.....	44
Verzeichnis der erteilten Vollmachten und Verfügungen.....	51
Impressum	52
Wir sind für Sie da – Service, Unterstützung und Information.....	53

Weitere Informationen

- Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (www.bmjv.de)
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz (www.justiz.bayern.de/service)
- Landesnotarkammer Bayern (www.notare.bayern.de)
- Zentrales Vorsorgeregister (www.vorsorgeregister.de)
- Bundesministerium für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de)
- Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de)
- Betreuungsstelle am Landratsamt Freyung-Grafenau
Grafenauer Str. 44, 94078 Freyung, Tel.: 08551 57-1971, 57-1920, 57-1911 oder 57-1914
(www.freyung-grafenau.de/Gesundheit-und-Soziales/Soziales)
- Sprechen Sie auch die/den Seniorenbeauftragte/n Ihrer Gemeinde an.
Kontaktaten erhalten Sie im jeweiligen Rathaus.

Hinweise:

Das Landratsamt Freyung-Grafenau übernimmt keine Haftung für den Inhalt externer Internetseiten. Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Broschüre überwiegend die männliche Schreibweise verwendet. Sie bezieht sich gleichermaßen auf alle Geschlechter.

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname, Name

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handy

E-Mail

Konfession / Kirchengemeinde

Familienstand (wenn verwitwet: Sterbedatum des Ehegatten)

Ehegatte: Vorname, Name, evtl. früherer Name des Ehegatten

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde / des Stammbuches

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils / der Sterbeurkunde

Meine persönliche/n Bezugsperson/en (im Notfall zu benachrichtigen)

Vorname, Name (Erster Ansprechpartner bei einem Notfall)

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handy

Vorname, Name (Zweiter Ansprechpartner bei einem Notfall)

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handy

Vorname, Name (bei Bedarf rechtliche Betreuungsperson)

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handy

Mein Hausnotruf

Anbieter

Telefonnummer

Was im Notfall zu beachten ist

Personen, die für mein/e Wohnung / Haus / sonstige/n Räume einen Schlüssel besitzen

Vorname, Name

Anschrift

Telefonnummer

Weiteres (evtl. Haustiere, die zu betreuen wären)

Persönliche Anmerkungen - Was für mich besonders wichtig ist

IM MEDIZINISCHEN NOTFALL

Notfall-/Notarztblatt (Bitte auch Rückseite beachten!)

Vorname, Name		Geburtsdatum
Anschrift		
Telefon	Handy	
Krankenversicherung	Die Versichertenkarte befindet sich	
Pflegegrad (ja/nein)	beantragt am	Pflegegrad (1-5)
Ich lebe alleine in der Wohnung (ja/nein)		
Vorname, Name (Lebenspartner)		Telefonnummer (Lebenspartner)
Name Hausarzt		
Grunderkrankungen / Diagnosen / Allergien (mit Hilfe des Hausarztes auszufüllen)		

Blutgruppe

Allergie	☐ ja	☐ nein
Anfallsleiden	☐ ja	☐ nein
Ansteckende Krankheiten z. B.		
Hepatitis	☐ ja	☐ nein
TBC	☐ ja	☐ nein
Betreuungsverfügung	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungshemmende Medikamente	☐ ja	☐ nein
Diabetiker	☐ ja	☐ nein
Dialysepatient	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
HIV (Aids)	☐ ja	☐ nein
Impfausweis	☐ ja	☐ nein
Liste für digitale Konten	☐ ja	☐ nein
Medikamentenplan	☐ ja	☐ nein
Multiresistente Keime	☐ ja	☐ nein
Organspendeausweis	☐ ja	☐ nein
Patientenverfügung	☐ ja	☐ nein
Port	☐ ja	☐ nein
Vollmacht für digitale Konten	☐ ja	☐ nein
Vorsorgevollmacht	☐ ja	☐ nein
Zahnprothese/Implantat	☐ ja	☐ nein

Hinweis: Bitte nehmen Sie ggf. Kopien Ihrer Ausweise (z. B. Markumarpass, Impfausweis, Schrittmacherpass etc.) und evtl. Ihren Medikamentenplan und bewahren Sie diese in der Nähe der Notfallmappe, oder besser noch in der Notfallmappe auf; am besten in einer Klarsichthülle mit all Ihren anderen medizinischen Dokumenten, damit im Notfall diese wichtigen Unterlagen für die Helfer griffbereit sind. Auch eine Kopie Ihrer Versichertenkarte sollte in der Nähe der Notfallmappe aufbewahrt werden.

Anfallsleiden..... ☐ ja ☐ nein

Nähere Beschreibung

Allergien..... ☐ ja ☐ nein

Allergiepass vorhanden ☐ ja ☐ nein

Allergiepass befindet sich

Diabetes ☐ ja ☐ nein Typ: _____

Insulin ☐ ja ☐ nein

Tabletten ☐ ja ☐ nein welche? _____

Ausweis vorhanden..... ☐ ja ☐ nein

Pass befindet sich

Schwerbehinderung ☐ ja ☐ nein

Grad der Behinderung

Ausweis gilt bis

Implantate..... ☐ ja ☐ nein

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

Transplantationen ☐ ja ☐ nein

Zeitpunkt und Art der Transplantation

Organspendeausweis ☐ ja ☐ nein

Organspendeausweis befindet sich

Sonstiges

WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

Name der Hausarztpraxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Weitere Ärzte, bei denen ich ständig in Behandlung bin

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung / in Behandlung wegen

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Fachrichtung / in Behandlung wegen

Zahnarzt

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Therapiestelle (z. B. Psychotherapie)

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Meine Apotheke

Name der Apotheke, Anschrift

Checkliste Krankenhausaufenthalt

Muss es schnell gehen, wenn ein Krankenhausaufenthalt ansteht, vergisst man leicht etwas. Orientieren Sie sich deshalb an der nachfolgenden Checkliste, was Sie bei einem Krankenhausaufenthalt in der Regel benötigen:

- ☐ Ärztliche Überweisung (wenn vorhanden)
 - ☐ Ärztlicher Krankentransportschein (wenn vorhanden)
 - ☐ Allergieausweis
 - ☐ Impfpass
 - ☐ Krankenversichertenkarte
 - ☐ Medikamente oder Medikamenteneinnahmeplan
 - ☐ Personalausweis
 - ☐ Sonstige Bescheinigungen (z. B. Ausweis blutverdünnender Mittel)
-

- ☐ Bargeld (max. 20 €, Achtung - Diebstahlgefahr!)
- ☐ Brille(n) / Kontaktlinsen (und Pflegemittel)
- ☐ Ersatzschlüssel (Wohnung / PKW, Achtung - Diebstahlgefahr!)
- ☐ Gebiss (und Pflegemittel)
- ☐ Handtücher (2-fach)
- ☐ Hausschuhe
- ☐ Hemd
- ☐ Hose
- ☐ Jacke
- ☐ Jogginganzug / Hausanzug
- ☐ Kleid
- ☐ Kosmetikartikel
- ☐ Rasierzeug
- ☐ Rollstuhl oder Gehhilfen
- ☐ Seife / Körperpflegemittel
- ☐ Socken / Strümpfe / Strumpfhosen
- ☐ Straßenschuhe
- ☐ Taschentücher
- ☐ Telefonliste / Adressbuch
- ☐ Unterwäsche
- ☐ Waschlappen (2-fach)

VORSORGE UND FINANZEN

Meine Versicherungen

(Gesetzliche) Krankenversicherung

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

Beihilfestelle (Beamte)

Name der Beihilfestelle	Personalnummer
-------------------------	----------------

(Gesetzliche) Pflegeversicherung

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

Pflegestufe

Lebensversicherung

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

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters
--

Unfallversicherung

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

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters
--

Sterbeversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

Hausratversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

Brandversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

Wohngebäudeversicherung / Elementarversicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

KFZ-Versicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

Weitere Versicherung

Leistung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

Weitere Versicherung

Leistung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

Weitere Versicherung

Leistung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Örtlich zuständiger Vertreter

Anschrift und Telefonnummer des örtlichen Vertreters

Erwerbstätigkeit

Steuernummer

Steueridentifikationsnummer

Sozialversicherungsnummer

Erwerbstätig..... ☐ ja ☐ nein

Als Arbeitnehmer / Beamter bei

Arbeitsstelle

Anschrift der Arbeitsstelle

Telefonnummer der Arbeitsstelle

Als Selbstständiger

Art der Selbstständigkeit

Anschrift Firma

Handelsregister zuständiges Finanzamt

Weitere Angaben

Nebentätigkeit bei

Arbeitsstelle

Anschrift der Arbeitsstelle

Telefonnummer der Arbeitsstelle

Beschreibung

Rente

Rente / Pension..... ☐ ja ☐ nein

Gesetzliche Versicherung

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Anschrift und Telefonnummer

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde

Personalkennziffer

Anschrift und Telefonnummer

Betriebsrente / Zusatzversorgung

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Anschrift und Telefonnummer

Berufsständische Versorgung

Versorgungskammer

Aktenzeichen

Anschrift und Telefonnummer

Hinterbliebenenrente

Rentenversicherungsträger	Versicherungsnummer
Anschrift und Telefonnummer	

Riesterrente / Rürup-Rente

Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
Anschrift und Telefonnummer	

Sozialleistungen

Behörde	Aktenzeichen
Anschrift und Telefonnummer	

Sonstige Leistungen aus Verträgen

Leistung	
Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
Anschrift und Telefonnummer	

Sonstige Leistungen aus Verträgen

Leistung	
Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
Anschrift und Telefonnummer	

Vermögensaufstellung

Grund- und Immobilieneigentum

Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Art	Gemarkung, Flurnummer	Allein-/Miteigentümer
Sonstige Sachwerte (Auto, Motorrad, Sammlungen usw.)		

Konten

Girokonto Nummer / IBAN	Bank
-------------------------	------

außer mir ist verfügungsberechtigt

Vollmacht über den Tod hinaus für

Girokonto Nummer / IBAN	Bank
-------------------------	------

außer mir ist verfügungsberechtigt

Vollmacht über den Tod hinaus für

Sparkonten

Sparbuch / Kontonummer / IBAN	Bank
-------------------------------	------

außer mir ist verfügungsberechtigt

Vollmacht über den Tod hinaus für

Sparbuch / Kontonummer / IBAN	Bank
-------------------------------	------

außer mir ist verfügungsberechtigt

Vollmacht über den Tod hinaus für

Weitere Konten

Kontoart	Kontonummer / IBAN	Bank
----------	--------------------	------

Kontoart	Kontonummer / IBAN	Bank
----------	--------------------	------

Kontoart	Kontonummer / IBAN	Bank
----------	--------------------	------

Bausparvertrag

bei	Vertragsnummer
-----	----------------

bei	Vertragsnummer
-----	----------------

Kreditkarten

von	Kartennummer
-----	--------------

von	Kartennummer
-----	--------------

Sonstiges

(Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.)

Verbindlichkeiten

Darlehensgeber	Darlehensbetrag
----------------	-----------------

Darlehensgeber	Darlehensbetrag
----------------	-----------------

Darlehensgeber	Darlehensbetrag
----------------	-----------------

Weitere Angaben

Bestehende Verträge

(z. B. für Miete, Strom, Gas, Telefon, Internet usw.)

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift und Telefonnummer

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift und Telefonnummer

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift und Telefonnummer

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift und Telefonnummer

Vertragsgegenstand

Vertragspartner

Kundennummer

Anschrift und Telefonnummer

Bestehende Abonnements

(z. B. für Zeitschriften, Bücher usw.)

Abonnement für

Vertragspartner

Abo-/Kundennummer

Anschrift und Telefonnummer

Abonnement für

Vertragspartner

Abo-/Kundennummer

Anschrift und Telefonnummer

Abonnement für

Vertragspartner

Abo-/Kundennummer

Anschrift und Telefonnummer

Mitgliedschaften

(z. B. in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.)

Mitglied bei

Mitgliedsnummer

Anschrift und Telefonnummer

Ehrenamtliche Funktion als

Mitglied bei

Mitgliedsnummer

Anschrift und Telefonnummer

Ehrenamtliche Funktion als

AM ENDE DES WEGES

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die folgenden Hinweise sollen den Angehörigen einen Überblick über notwendige Schritte/Aufgaben geben:

- Bei Todesfällen zu Hause innerhalb von vier Stunden den Hausarzt wegen Ausstellung der Todesbescheinigung verständigen
- Ist dieser nicht zu erreichen, Notrufnummer 112 anrufen (Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen)
- Nächste Angehörige benachrichtigen
- Bestattungsinstitut auswählen, Termin vereinbaren
- Überlegen, welche Wünsche der Verstorbene für seine Bestattung hatte (Bestattungsart, Reihen- oder Familiengrab usw.)
- Spätestens am folgenden Werktag die Beurkundung des Sterbefalles beim zuständigen Standesamt des **Sterbeortes** beantragen. Das zuständige Standesamt kann dabei im Rathaus des Sterbeortes erfragt werden. (Achtung: Sterbeort ist nicht immer Wohnort.)

Beachten Sie, dass außer der Renten- und Sozialversicherung auch andere Stellen die Vorlage einer Sterbeurkunde im Original fordern (für Rentenzwecke kostenlos).

Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:

- Todesbescheinigung
- Personalausweis des Verstorbenen
- Geburtsurkunde des Verstorbenen
- Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
- Scheidungsurteil, falls geschieden und nicht wieder verheiratet
- Sterbeurkunde des Ehegatten, falls der Verstorbene verwitwet war
- Mitteilungen der letzten Rentenanpassung

- Nach der Beurkundung des Sterbefalles von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Lage des Grabes und den Tag der Beisetzung erfragen
- Eventuelle Todesanzeige bei der Tageszeitung aufgeben
- Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
- Mitteilung an die Banken
- Schriftliche Benachrichtigung des Rentenversicherungsträgers sowie aller Versicherungen, bei welchen für den Verstorbenen Verträge bestanden, schriftliche Kündigungen laufender Verträge (Miete, Pacht, Telefon, Strom, Gas, Rundfunk- und Fernsehbeitrag usw.) und eventuelle Kündigung laufender Abbuchungsaufträge
- Schriftliche Benachrichtigung von Vereinen und Verbänden, bei denen eine Mitgliedschaft bestand
- Hinterbliebenenrente beantragen, ggf. Vorschussantrag beim Postrentendienst stellen, ggf. Termin mit Rentenstelle im Rathaus vereinbaren
- Eventuelle Danksagung bei der Tageszeitung aufgeben
- Falls Testament vorhanden, dieses beim zuständigen Amts-/Nachlassgericht abgeben
- Wird Erbschein benötigt, diesen beim zuständigen Nachlassgericht beantragen

Die Erledigung der hier aufgezählten Tätigkeiten können Sie größtenteils auch einem Bestattungsunternehmen übertragen. Entsprechende Mehrkosten entstehen.

Meine persönlichen Vorstellungen für meine Beerdigung und Trauerfeier

Meine persönliche Ruhestätte habe ich ausgewählt / bereits erworben

Name und Ort des Friedhofes / Grabstätte

Ich habe eine Sterbeversicherung..... ☐ ja ☐ nein (wenn ja, siehe unter Versicherungen)

Nachlassangelegenheiten

Testament - Hinweis!

Ein Testament muss gesondert abgefasst werden. Es ist nur gültig, wenn es vollständig eigenhändig geschrieben und unterschrieben ist. Die Unterschrift soll den Vornamen und den Familiennamen enthalten. Der Zeitpunkt (Tag, Monat und Jahr) und der Ort der Testamentsverfassung sollen angegeben werden. Dennoch ist es ratsam, bei größeren Vermögenswerten oder Immobilien die Beratung durch Notare, Steuerberater usw. in Anspruch zu nehmen. Wer sichergehen will, bei der Abfassung seines Testaments keinen Fehler zu machen, sollte ein öffentliches Testament – auch notarielles Testament genannt – errichten.

Mein Testament ist hinterlegt bei

Name, Anschrift, Telefonnummer

Folgende Verwandte sollen informiert werden

Name

Verwandtschaftsverhältnis

Anschrift, Telefonnummer

Name

Verwandtschaftsverhältnis

Anschrift, Telefonnummer

Mein Leben

Vorname	Name	Geburtsname
Geboren am	Geburtsort	
Geschwister (Vornamen, Namen)		
Eltern (Vornamen, Namen)		
Erinnerung an Kindheit, Schul- und Jugendzeit		
Geheiratet am	Ort	
Name des Ehepartners	Geburtsname	
Kinder (Vornamen, Namen, Geburtsnamen)		
Erlerner Beruf		
Beruflicher Werdegang bis zum Ruhestand		
In den Ruhestand eingetreten am		
Heimatvertrieben (geflüchtet: wann und wo?)		
Kriegsteilnahme (wie lange und wo?)		
Lieblings- und Freizeitbeschäftigung		

Vereinszugehörigkeiten (Tätigkeiten und evtl. welche Position)

Durchgestandene schwere Krankheiten, Leiden, Schicksalsschläge

Schöne Erinnerungen habe ich an

Was ich meinen Angehörigen noch mitteilen möchte ...

VORSORGEVOLLMACHT, BETREUUNGSVERFÜGUNG, PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIGITALE KONTEN

Eine ganz persönliche und individuelle Angelegenheit.

Wer regelt Ihre Angelegenheiten, wenn Sie es nicht mehr können? Jeder kann unabhängig vom Alter in Situationen geraten, in der andere Personen für einen entscheiden müssen. **Vier Arten von Vollmachten und Verfügungen** helfen, damit das in Ihrem Sinne geschieht. Das Wichtigste für alle vier Arten der Vorsorge ist, dass sie in gesunden Tagen getroffen wird.

Die Absicherung Ihres Vermögens und Ihrer gesundheitlichen Selbstbestimmung im Alter ist ein Thema größter Bedeutung, welches oft gerne verdrängt oder unterschätzt wird. **Nehmen Sie hierzu bitte rechtliche Beratung in Anspruch**, um nicht später vor Problemen zu stehen. Die **beiliegenden Muster** (Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Vollmacht für digitale Konten) können eine solche professionelle Beratung niemals ersetzen und stellen auch keine abschließende Lösung dar. Diese sollen nur einen **ersten Einblick ermöglichen**.

Zu Ihrer eigenen Sicherheit ist es notwendig, dass Sie fachkundige Personen konsultieren, um Lösungen zu erarbeiten. Ohne fachliche und rechtliche Mitwirkung ist jede Vollmacht im wirtschaftlichen Bereich von geringem Wert. Wenn Sie Besitztum haben (oder ein Wohnungsrecht nach einer Übergabe), kann hierüber nur mit einer rechtssicheren Vollmacht verfügt werden. Eine bloße handschriftliche Unterzeichnung genügt in keinem Fall. Vergleichbar ist dies mit vielen Bereichen des Kreditwesens (z. B. Neuabschluss eines Darlehens). Hierzu reichen auch normale Bankvollmachten nicht aus. Eine vollumfassende Generalvollmacht ist finanziell gut kalkulierbar. Die genauen Kosten hängen von individuellen Faktoren wie Vermögen und Eigentum ab. Für eine konkrete Einschätzung empfiehlt es sich, direkt einen Notar zu konsultieren. In der Regel sind die Gebühren jedoch überschaubar und beinhalten auch die digitale Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister. Alternativ kann die Unterschrift auf der Vorsorgevollmacht, der Betreuungsverfügung sowie auf der Vollmacht für digitale Konten durch die Betreuungsbehörde beim Landratsamt Freyung-Grafenau beglaubigt werden.

Die Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht **beauftragen Sie eine Person Ihres Vertrauens, stellvertretend für Sie zu handeln, zu entscheiden und Verträge abzuschließen** - entweder umfassend oder in abgegrenzten Bereichen. **Die Vollmacht gilt nur, wenn Sie die Dinge nicht mehr selbst bewältigen können**. Sie können die Vollmacht dem Beauftragten auch jederzeit entziehen oder sie inhaltlich verändern.

Die Betreuungsverfügung

Diese Verfügung ist der **Auftrag an das Gericht, eine von Ihnen gewünschte Person zu Ihrem rechtlichen Betreuer zu bestellen**, wenn das später einmal nötig wird. Nach Paragraph 1896 des Bürgerlichen

Gesetzbuches (BGB) ist das der Fall, wenn Sie infolge einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung rechtliche Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr **selbst** regeln können und keine anderen Vorsorgevollmachten getroffen haben.

Der Betreuer wird Sie nur in den rechtlichen Aufgaben vertreten, die Sie nicht mehr bewältigen können. Das Gericht prüft, ob Ihr gewünschter Vertreter für diese Aufgabe geeignet ist. Wenn ja, wird Ihrem Wunsch entsprochen. Anderenfalls wählt das Betreuungsgericht eine dritte Person aus - soweit möglich, aus Ihrem näheren Umfeld, sonst einen fremden ehrenamtlichen oder beruflichen Betreuer.

Die Patientenverfügung

In der Patientenverfügung wird geregelt, **welche ärztlichen Maßnahmen Sie zu Ihrer medizinischen Versorgung wünschen und welche Sie ablehnen.** So üben Sie **vorab Ihr Selbstbestimmungsrecht** für den Fall aus, dass Sie **bei einer schweren Krankheit oder nach einem Unfall Ihren Willen nicht mehr äußern können.** Bis zu diesem Moment behalten Sie selbstverständlich das Recht, Ihre Verfügung jederzeit ganz oder in Teilen zu ändern. Für alle Beteiligten (z. B. Betreuer, Bevollmächtigte, Ärzte, Pflegepersonal, Gerichte) ist die Patientenverfügung verbindlich, soweit sie ihren Willen für konkrete Behandlungssituationen klar erkennbar zum Ausdruck bringt.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass keine allgemeinen Formulierungen verwendet werden sollen. Aus diesem Grund finden Sie auch keinen abschließenden Vordruck für die Patientenverfügung in dieser Notfall- und Vorsorgemappe. Es ist notwendig, dass die Vorlage angepasst und konkret beschrieben wird, in welcher Situation die Patientenverfügung gelten soll und welche Behandlungswünsche der Verfasser in dieser Situation hat. Sie müssen deutlich niederlegen, welche konkret festgelegten Behandlungswünsche in allen konkret beschriebenen Behandlungssituationen gelten oder ob für verschiedene Situationen auch verschiedene Behandlungswünsche festgelegt werden sollen. Das betrifft z. B. die Durchführung oder Ablehnung bestimmter Maßnahmen, wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) bietet **Textbausteine als Formulierungshilfen** zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen an. Diese Textbausteine sind nicht universell, vielmehr ist es **in jedem Fall zu empfehlen, bei der Abfassung der Patientenverfügung sich von einer fachkundigen Person beraten zu lassen.** Grundsätzlich muss jede Patientenverfügung **nach eigenen Vorstellungen und Behandlungswünschen** für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit für sich **persönlich erstellt werden.**



Vorsorgevollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

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

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

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

- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB). ☐ ja ☐ nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. ☐ ja ☐ nein

- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB) ☐ ja ☐ nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) ☐ ja ☐ nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB) ☐ ja ☐ nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB) ☐ ja ☐ nein
 - entscheiden.

- ---

- ---

- ---

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ☐ ja ☐ nein

- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ☐ ja ☐ nein

- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ☐ ja ☐ nein

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

- ---



3. Behörden

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

■

4. Vermögenssorge

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

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ☐ ja ☐ nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ☐ ja ☐ nein

- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ☐ ja ☐ nein

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

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

■

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

■

■

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

☐ ja ☐ nein

6. Vertretung vor Gericht

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

☐ ja ☐ nein

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

☐ ja ☐ nein

8. Betreuungsverfügung

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

☐ ja ☐ nein

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ ja ☐ nein

10. Weitere Regelungen

■

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers



Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum

Unterschrift



Die Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung¹

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

2.1 Eingangsformel

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, wohnhaft in)

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

2.2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...

¹ Auszug „Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung“ aus der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz

- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist².
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen³.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

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

² Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

³ Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.



2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten, oder
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.⁴

2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung⁵

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

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

⁴ Die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

⁵ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr⁶

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann,
oder
- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation⁷ zur Beschwerdelinderung erfolgen soll,
oder
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen soll.

2.3.4 Wiederbelebung⁸

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

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

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

⁶ Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums).

⁷ Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

⁸ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.



2.3.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

2.3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

2.3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann,
oder
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation⁷ zur Beschwerdelinderung,
oder
- keine Antibiotika.

2.3.8 Blut / Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann,
oder
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation⁷ zur Beschwerdelinderung,
oder
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

2.4 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden,
oder

- wenn möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben, oder
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.
- Beistand durch folgende Personen:

- Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

- hospizlichen Beistand.

2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgender Personen:

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

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein Vertreter – z. B. Bevollmächtigter/Betreuer – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigter/Betreuer) erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.



- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)
 - meinem Bevollmächtigten
 - meinem Betreuer
 - dem behandelnden Arzt
 - andere Person: ...
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte/das Behandlungsteam/mein Bevollmächtigter/Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)
 - meinem Bevollmächtigten
 - meinem Betreuer
 - dem behandelnden Arzt
 - andere Person: ...

2.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung sowie Vollmacht für digitale Konten erteilt, und den Inhalt mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen. Bevollmächtigter:

Name

Anschrift

Telefon / E-Mail

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt (gegebenenfalls habe ich den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem von mir gewünschten Betreuer besprochen).

Gewünschter Betreuer:

Name

Anschrift

Telefon / E-Mail

2.8 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

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

2.9 Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu⁹ (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht, und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)
 - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor
 - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor
 oder
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

⁹ Weitere Formulierungsbeispiele zur Erklärung der Organspende sind auf der Webseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfügbar.



2.10 Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.¹⁰

2.11 Schlussbemerkungen

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

2.12 Information / Beratung

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

und beraten lassen durch

2.13 Ärztliche Aufklärung / Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____ wurde von mir am _____ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel des Arztes _____

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden.

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

2.14 Aktualisierung

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

[illegible]

Datum

Unterschrift

DIGITALE KONTEN IM NACHLASS:

WICHTIGE HINWEISE FÜR DEN UMGANG MIT ONLINE-ANBIETERN

Ob in sozialen Netzwerken, Apps, Clouds oder sonstigen Internetdiensten – überall werden zahlreiche Zugangsdaten und Passwörter genutzt.

Alle in diesem Zusammenhang übermittelten und gespeicherten Daten verbleiben auch nach dem Tod eines Kunden beim jeweiligen Anbieter. Denken Sie daher schon jetzt daran, Ihren Digitalen Nachlass zu regeln.

Inzwischen gibt es viele Online-Anbieter im Bereich des Digitalen Nachlasses. Bei der Auswahl ist jedoch Vorsicht geboten.

1. Digitale Verwalter / Digitaler Tresor

Hierbei handelt es sich um Dienste, die noch zu Lebzeiten digitale Listen führen, in denen alle Informationen und Passwörter gespeichert werden.

Sie können hier all Ihre digitalen Konten – etwa Social-Media-, Internet- und E-Mail-Konten – auflisten und die Zugangsdaten speichern, um einen Überblick über alle digitalen Daten zu haben.

Bei einigen Anbietern können Sie darüber hinaus auch regeln, was mit Ihrem Digitalen Erbe im Todesfall geschehen soll (z. B. Kündigung von Konten, Umstellung von Profilen in sozialen Netzwerken in den Gedenkzustand etc.).

Dabei gilt zu beachten:

- Fremde Firmen erhalten einen Gesamtüberblick über alle Passwörter und das digitale Leben. Hier stellt sich stets die Frage: Welche Sicherheitsstandards gewährleisten die Digitalen Verwalter bzw. Digitalen Tresore?
- Wo werden die Daten gespeichert, und sind diese einem fremden Zugriff (z. B. durch eine ausländische Regierung) ausgesetzt?
- Wie gelangen Erben im Todesfall an die Daten? Welche Voraussetzungen müssen sie hierfür erfüllen?
- Übernimmt der Anbieter auch weitergehende Dienstleistungen, wie etwa die Kündigung digitaler Dienste im Todesfall?
- Wie hoch sind die monatlichen Kosten? Was genau ist in diesen Kosten enthalten?

Tipp: Prüfen Sie die Datensicherheit, den Leistungsumfang und die Kosten! Wenn Sie Ihre Zugangsdaten aus der Hand geben, besteht stets ein hohes Missbrauchspotenzial bzw. die Gefahr, dass diese Daten in unbefugte Hände geraten.

2. Digitale Nachlassverwalter

Neben Diensten, die digitale Daten verwalten (siehe Punkt 1), gibt es Anbieter, die den Digitalen Nachlass des Erblassers durch Recherche ermitteln und dessen Abwicklung übernehmen – sogenannte Digitale Nachlassverwalter.

Dabei gilt zu beachten:

- Löschvorgänge können oft auch selbst kostengünstig vorgenommen werden. Anbieter für die Digitale Nachlassverwaltung sind hingegen oft sehr teuer. Daher stellt sich die Frage: Benötigen Sie wirklich einen Digitalen Nachlassverwalter?
- Das Entsperren von Passwörtern kann unter Umständen illegal sein – insbesondere dann, wenn die erbrechtliche Situation unklar ist und der Auftraggeber nicht der Erbe ist. Achten Sie darauf, dass Sie sich rechtlich auf der sicheren Seite befinden.
- Auch beim Digitalen Nachlassverwalter gelangen sensible Daten an unbekannte Dritte. Es stellt sich daher auch hier die Frage: Welche Sicherheitsstandards werden gewährleistet?
- Geben Sie keine Passwörter weiter.
- Seien Sie sich des hohen Missbrauchspotenzials bewusst.

Tipp: Erfragen Sie den genauen Leistungsumfang und die Kosten! Prüfen Sie zudem die Sicherheitsstandards des Anbieters.

3. Unsere Empfehlung

Wenn Sie Ihren Digitalen Nachlass regeln möchten:

- Führen Sie selbst eine Liste mit Ihren digitalen Konten und Zugangsdaten in Papierform.
- Verwahren Sie diese Liste sicher, geschützt vor unbefugtem Zugriff (z. B. in einem Bankschließfach oder Tresor).
- Betrauen Sie eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens mit Ihrem Digitalen Erbe.
- Teilen Sie Ihre Entscheidung den ausgewählten Personen mit.
- Vertrauen Sie Ihre Passwörter keinen fremden Menschen oder Unternehmen an.

Wenn Sie Erbe sind:

- Geben Sie keine technischen Geräte wie Tablets, Smartphones oder Computer an kommerzielle Anbieter weiter, die diese nach dem Digitalen Nachlass durchsuchen.
- Halten Sie sich an die Vorgaben des Erblassers und löschen bzw. sichern Sie den Digitalen Nachlass entsprechend seinen Wünschen.

Liste über digitale Konten

In dem Falle, dass ich mich nicht mehr selber um meine digitalen Konten kümmern kann und im Falle meines Todes soll sich meine bevollmächtigte Vertrauensperson um meine Accounts und Daten kümmern. Dafür habe ich diese Liste erstellt.

1. @ E-Mail-Dienst

Name des Anbieters

Name des E-Mail-Kontos / E-Mail-Adresse

Passwort für das E-Mail-Konto

Mit Konto soll passieren: ☐ Account kündigen ☐ Account löschen

2. Soziales Netzwerk

Name des sozialen Netzwerkes / Domain

Name Ihres Profils / Benutzername

E-Mail-Adresse

Passwort für das E-Mail-Konto

Mit Konto soll passieren: ☐ Profil löschen ☐ In den Gedenkzustand versetzen

3. Messenger

Name des Messengers

Ihre Mobilfunknummer

4-stellige PIN der SIM-Karte

Mit Konto soll passieren: ☐ Account löschen ☐ _____

4. Cloud-Dienst

Name des Cloud-Dienstes

Benutzername (In der Regel ist dies eine E-Mail Adresse)

Passwort für den Cloud-Dienst

Mit Konto soll passieren: ☐ Dateien herunterladen ☐ Account löschen

5. Shopping-Konto

Name des Anbieters

Benutzername (In der Regel ist dies eine E-Mail Adresse)

Passwort für den Shopping-Dienst

Mit Konto soll passieren: ☐ Mitgliedschaft/Abo kündigen ☐ Konto löschen

6. Streaming-Abo

Name des Anbieters

Benutzername (In der Regel ist dies eine E-Mail Adresse)

Passwort für das Streaming-Abo

Mit Konto soll passieren: ☐ Streaming-Account kündigen ☐ löschen

Hinweise zur Verwendung der Muster-Liste:

Diese Liste ist nicht vollständig, sondern soll als Beispiel dienen und kann beliebig erweitert werden. Wichtig ist, dass Sie diese Liste immer aktuell halten und an einem sicheren Ort verwahren. Hierzu bietet sich beispielsweise ein besonders gesicherter USB-Stick oder ein Bankschließfach an.

Wenn Sie mehrere Vertrauenspersonen einsetzen möchten, die sich jeweils nur um einzelne oder bestimmte Accounts und Daten kümmern sollen, muss eindeutig sein, wer welche Befugnisse haben soll. Daher sollte für jede einzelne Vertrauensperson eine eigene Liste erstellt werden. Denken Sie dann daran, dies in der Vollmacht entsprechend aufzunehmen.

Vollmacht für digitale Konten

Ich, _____ (Vor- und Zuname), geboren am _____ (Geburtsdatum)
in _____ (Geburtsort), wohnhaft in _____
(Anschrift mit Straße, Hausnummer, PLZ und Ort), erteile hiermit eine Vollmacht für die Verwaltung
meiner Digitalen Vorsorge und meines Digitalen Nachlasses an:

Herrn/Frau _____ (Vor- und Zuname) – nachfolgend Vertrauensperson genannt –, geboren
am _____ (Geburtsdatum) in _____ (Geburtsort),
wohnhaft in _____ (Anschrift mit Straße, Hausnummer, PLZ
und Ort).

Meine Vertrauensperson wird bevollmächtigt, meine Digitale Vorsorge zu Lebzeiten sowie meinen
Digitalen Nachlass im Falle meines Todes so zu regeln, wie ich es in der hinterlegten Liste meiner Ac-
counts festgelegt habe. Die Vertrauensperson kennt den Aufbewahrungsort dieser Liste.

Diese Vollmacht ist nur wirksam, wenn die Vertrauensperson das Original dieser Vollmachtsurkunde
besitzt und sie auf Verlangen vorlegen kann. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise zur Verwendung der Vollmacht:

Diese Vollmacht können Sie verwenden, wenn Sie festlegen möchten, was mit Ihren Accounts und
Daten geschehen soll, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind oder versterben. Sie können
die Vollmacht inhaltlich anpassen. Wichtig ist, dass die Vollmacht „über den Tod hinaus“ gilt.

Wenn Sie mehrere Vertrauenspersonen einsetzen möchten, muss eindeutig festgelegt sein, wer wel-
che Befugnisse hat.

Die Vollmacht über den Digitalen Nachlass betrifft ausschließlich Ihre Daten und Profile im Internet. Sie
ersetzt keine umfassende Auseinandersetzung mit finanziellen Fragen rund ums Vererben.

Warum ist es wichtig, den Digitalen Nachlass zu regeln?

In nahezu allen Lebensbereichen begegnen Verbraucher heute der digitalen Welt. Sei es beim Online-Shopping, bei Zahlungsdiensten, in sozialen Netzwerken, Messenger-Diensten oder Fitness-Apps – ständig kommen neue Anwendungen hinzu. Zudem vernetzen viele Menschen ihr Zuhause mit „Smart Home“-Technologie, um auch von unterwegs darauf zugreifen zu können.

Alle übermittelten und gespeicherten Daten verbleiben auch nach dem Tod beim jeweiligen Anbieter. Deshalb ist es ratsam, den eigenen Digitalen Nachlass rechtzeitig zu regeln. Dies gilt auch für Situationen, in denen Sie aufgrund von Krankheit oder anderen Umständen nicht mehr selbst handeln können. Es ist sinnvoll, eine vertrauenswürdige Person mit der Verwaltung Ihres Digitalen Nachlasses zu beauftragen. Eine Liste mit Benutzerkonten und Passwörtern, sicher hinterlegt, kann dabei hilfreich sein. Zudem sollten Sie festlegen, wie mit Ihren Konten verfahren werden soll, etwa ob ein Gedenkstatus eingerichtet oder das Profil gelöscht werden soll.

Wichtig: Die Vollmacht der ausgewählten Person muss auch „über den Tod hinaus“ gültig sein, damit sie in Ihrem Sinne handeln kann.

So regeln Sie Ihren Digitalen Nachlass:

Diese Tipps helfen Ihnen, alle wichtigen Aspekte zu berücksichtigen:

- **Frühzeitig handeln:** Verschaffen Sie sich einen Überblick über Ihre Online-Aktivitäten, z. B. Anmeldungen, Apps und Kundenkonten, und löschen Sie unnötige Accounts.
- **Übersicht erstellen:** Erstellen Sie eine Liste aller Konten mit Benutzernamen und Passwörtern. Alternativ können Sie einen Passwort-Manager wie KeePass verwenden.
- **Accounts bereinigen:** Löschen Sie ungenutzte Konten. Beachten Sie, dass das Löschen einer App nicht ausreicht – der dazugehörige Account muss ebenfalls gekündigt werden.
- **Sichere Aufbewahrung:** Deponieren Sie die Liste an einem sicheren Ort, wie z. B. in einem Tresor oder Bankschließfach. Gedruckte Listen halten länger, sind jedoch aufwendiger zu aktualisieren.
- **Vertrauensperson bestimmen:** Beauftragen Sie eine Person Ihres Vertrauens mit der Verwaltung Ihres Digitalen Nachlasses und regeln Sie dies in einer Vollmacht, die auch zu Lebzeiten gültig ist, falls Sie handlungsunfähig werden.
- **Detaillierte Anweisungen:** Legen Sie fest, wie mit Ihren Konten und Endgeräten zu verfahren ist. Entscheiden Sie, welche Daten gelöscht werden sollen, und wie Ihre Vertrauensperson mit sozialen Netzwerken umgehen soll.
- **Vollmacht unterzeichnen:** Die Vollmacht muss mit einem Datum versehen und unterschrieben sein, und sie muss über den Tod hinaus gelten.
- **Information an Angehörige:** Informieren Sie Ihre Familie über die Regelung Ihres Digitalen Nach-

lasses und teilen Sie der Vertrauensperson mit, wo sich die Account-Liste befindet.

- **Aktualität der Liste:** Halten Sie die Liste aktuell, indem Sie neue Konten hinzufügen und abgemeldete Konten entfernen.
- **Kommerzielle Anbieter:** Falls Sie einen kommerziellen Nachlassverwalter in Betracht ziehen, prüfen Sie den Leistungsumfang und die Kosten sorgfältig. Vertrauliche Daten wie Passwörter sollten Sie jedoch keinem Unternehmen übergeben.

VERZEICHNIS DER ERTEILTEN VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN

Ich,

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

(Vollmachtgebende Person) habe nachfolgend aufgeführte Vollmachten und Verfügungen erteilt:

Meine Vertrauensperson

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

(Bevollmächtigte Person)

Anschrift, Telefonnummer, E-Mail

ist mit folgenden Vollmachten/Verfügungen ausgestattet:

Vorsorgevollmacht ☐ ja ☐ nein Ausstellungsdatum: _____

Registrierung ☐ ja ☐ nein

Betreuungsverfügung ☐ ja ☐ nein Ausstellungsdatum: _____

Registrierung ☐ ja ☐ nein

Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein Ausstellungsdatum: _____

Registrierung ☐ ja ☐ nein

Vollmacht für digitale Konten ☐ ja ☐ nein Ausstellungsdatum: _____

Registrierung ☐ ja ☐ nein

Kontovollmacht ☐ ja ☐ nein

Registrierung ☐ ja ☐ nein

Bank	Konto	Ausstellungsdatum
------	-------	-------------------

Bank	Konto	Ausstellungsdatum
------	-------	-------------------

IMPRESSUM

Herausgeber

Landratsamt Freyung-Grafenau

Wolfkerstraße 3
94078 Freyung
Tel.: 08551 57-0
Fax: 08551 57-4506
info@landkreis-frg.de
www.freyung-grafenau.de

Kliniken Am Goldenen Steig gGmbH

Krankenhausstraße 6
94078 Freyung
Tel.: 08551 977-0
gl@frg-kliniken.de
www.frg-kliniken.de

Verteilung

Kostenlos beim Herausgeber.

Ebenso können Sie die Notfall- und Vorsorgemappe auch unter www.freyung-grafenau.de als PDF-Datei herunterladen.

Fotos

Titelseite:
AdobeStock

Bearbeitungsstand

4. Auflage, November 2025

Vollmachten und Verfügungen

Die verwendeten Formulare wurden vom Bundesministerium der Justiz (www.bmj.de) sowie der Verbraucherzentrale Bayern e. V. (www.verbraucherzentrale-bayern.de) erstellt und mit deren Zustimmung zur Veröffentlichung freigegeben.

WIR SIND FÜR SIE DA - SERVICE, UNTERSTÜTZUNG UND INFORMATION

Digitaler Wegweiser für Gesundheit, Pflege und Teilhabe

Der digitale Wegweiser des Landkreises Freyung-Grafenau ist eine Online-Plattform, die Bürgerinnen und Bürgern passende Angebote in Pflege und sozialer Unterstützung aufzeigt. Über eine benutzerfreundliche Suche mit interaktiver Landkreis-Karte finden Sie schnell Informationen zu Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen und weiteren Hilfsangeboten in der Region. Die Plattform bietet übersichtliche, aktuelle und barrierefreie Inhalte und erleichtert den Zugang zu passenden Unterstützungs- und Gesundheitsangeboten.

Der digitale Wegweiser ist online verfügbar unter:

<https://www.freyung-grafenau.de/pflegewegweiser>

Alternativ können Sie den nebenstehenden QR-Code mit Ihrer Smartphone-Kamera oder einer Scanner-App öffnen.



Zentrale Anlaufstellen im Landratsamt Freyung-Grafenau

Büro für Senioren und Menschen mit Handicap

Ihre zentrale Anlaufstelle im Landratsamt – für Beratung und Unterstützung bei allen Anliegen rund um Alter und Handicap – Tel.: 08551 57-1601

Bauverwaltung

Beratung zum barrierefreien Bauen und zu staatlicher Förderung für alters- und behindertengerechte Umbauten – Tel.: 08551 57-2809

Sozialverwaltung

Wir beraten und unterstützen Sie finanziell, damit Sie in Ihrer Wohnung bleiben können (z. B. durch Wohngeld oder Grundsicherung im Alter). Außerdem informieren wir Sie über weitere soziale Leistungen, ambulante Dienste und Pflegeeinrichtungen im Landkreis. Auch bei Fragen zur Pflege im Heim oder zu rechtlicher Betreuung stehen wir Ihnen zur Seite – Tel.: 08551 57-1901.

Öffentlicher Personennahverkehr

Zuständig für sämtliche Fragen zur Mobilität – Tel.: 08551 57-1212

Wirtschaftsförderung

Beratung über Förderprogramme zur Barrierefreiheit in Tourismusbetrieben – Tel.: 08551 57-1041

Tourismus

Auskünfte über barrierefreie Unterkünfte – Tel.: 08551 57-1046