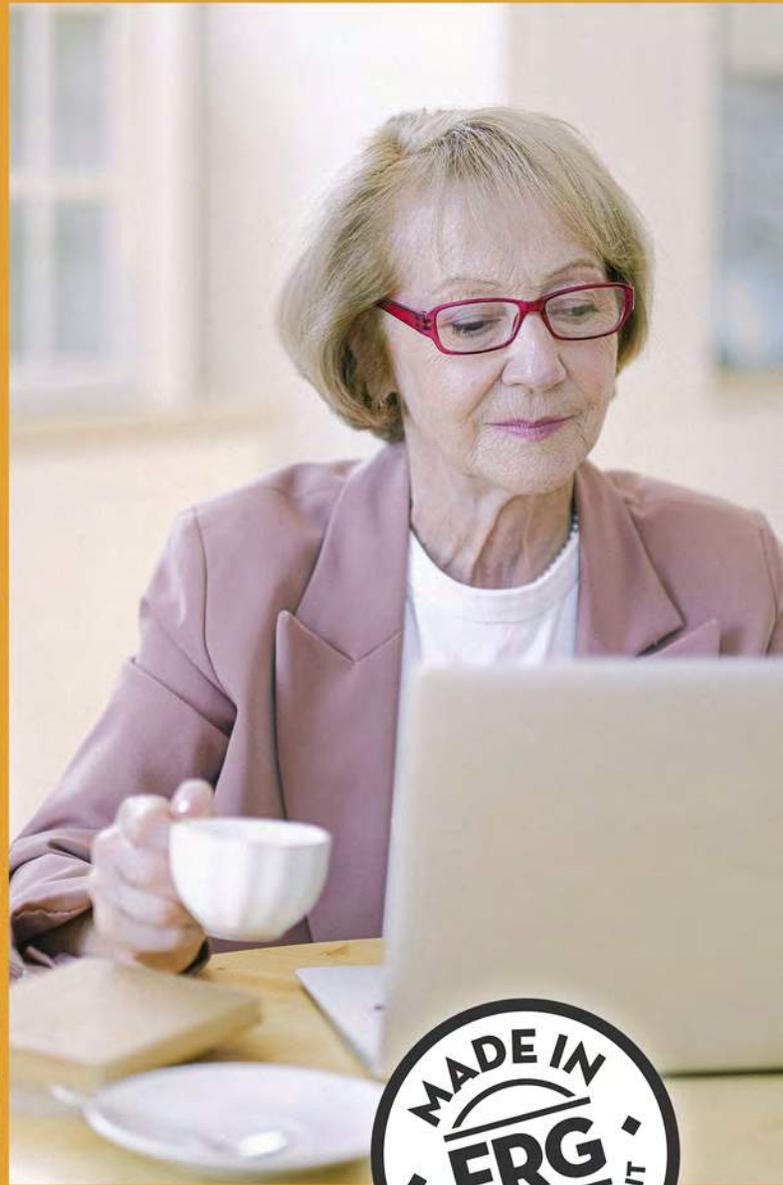




# NOTFALL- UND VORSORGEMAPPE



Persönliche Notfall- und Vorsorgemappe von:

---

Vor- und Nachname

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 uns oder auch unsere Angehörigen treffen können. In der vorliegenden Notfall- und Vorsorge-Mappe des Landkreises Freyung-Grafenau, welche in Zusammenarbeit mit der Kliniken Am Goldenen Steig gGmbH erstellt wurde, haben Sie die Möglichkeit, die für Sie, aber auch für Ihre Angehörigen, Betreuer oder Bevollmächtigten, wichtigen Informationen und Dokumente übersichtlich zusammenzuführen.

Unfälle und Krankheiten sind nicht vorhersehbar und können in jedem Alter plötzlich eintreten, so dass es gut ist, wenn alle wichtigen Informationen kompakt zur Verfügung stehen und im Notfall schnell griffbereit sind. Die Mappe enthält Formulare, in die Sie Informationen eintragen und sicherstellen können, dass in schwierigen Situationen nach Ihrem Willen gehandelt werden kann. Beigefügt sind ebenfalls eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungs- sowie eine Patientenverfügung.

Nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie all das aus, was für Sie wichtig erscheint.

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

Vorsorge ist keine Frage des Alters und gibt Sicherheit für die Zukunft. 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 und bedenken Sie nochmals: Für eine Notfall- und Vorsorgemappe ist man nie zu jung!

Herzliche Grüße

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sebastian Gruber'. The signature is stylized and written in a cursive script.

Sebastian Gruber

Landrat

---

Die Notfallmappe wurde ausgefüllt am

Unterschrift

---

1. Aktualisierung am

Unterschrift

## WICHTIGE TELEFONNUMMERN

<b>Polizei</b>	<b>110</b>
<b>Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt</b>	<b>112</b>
<b>Ärztlicher Bereitschaftsdienst</b>	<b>116 117</b>
Auskunft Apothekennotdienst	0800 0022833
Giftnotruf	089 19 240 oder 0911 3 98 24 51
Telefonseelsorge	0800 111 0 222
EC-Kartensperrung	116 116

---

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 und Patientenverfügung .....	26
Verzeichnis der erteilten Vollmachten und Verfügungen .....	44
Impressum .....	45
Ehrenamtliche Beauftragte des Landkreises .....	46

### Weitere Informationen

- Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz ([www.bmjv.de](http://www.bmjv.de))
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz ([www.justiz.bayern.de/service](http://www.justiz.bayern.de/service))
- Landesnotarkammer Bayern ([www.notare.bayern.de](http://www.notare.bayern.de))
- Zentrales Vorsorgeregister ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de))
- Bundesministerium für Gesundheit ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de))
- Bundesärztekammer ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de))
- Betreuungsstelle am Landratsamt Freyung-Grafenau  
Grafenauer Str. 44, 94078 Freyung, Tel: 08551 57-158 oder 57-146 oder 57-202  
([www.freyung-grafenau.de/Gesundheit-und-Soziales/Soziales](http://www.freyung-grafenau.de/Gesundheit-und-Soziales/Soziales))
- Sprechen Sie auch die/den Seniorenbeauftragte/n Ihrer Gemeinde an.  
Kontaktdaten erhalten Sie im jeweiligen Rathaus.

### Hinweis:

Das Landratsamt Freyung-Grafenau übernimmt keine Haftung für den Inhalt externer Internetseiten.

## 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



# 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 ab 01.01.2017 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 .....                          | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden .....                     | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Ansteckende Krankheiten z. B.           |                                   |                               |
| Hepatitis .....                         | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| TBC .....                               | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Betreuungsverfügung .....               | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungshemmende Medikamente..... | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Corona-Impfung.....                     | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetiker .....                        | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Dialysepatient .....                    | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher .....                 | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids).....                         | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Impfausweis .....                       | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Medikamentenplan .....                  | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Multiresistente Keime.....              | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Organspendeausweis .....                | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Patientenverfügung.....                 | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Port.....                               | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorsorgevollmacht .....                 | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnprothese/Implantat.....             | <input type="checkbox"/> ja ..... | <input type="checkbox"/> nein |

**Hinweis:** Bitte nehmen Sie Ihre Ausweise (z. B. Markumpass, 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 Ihre 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                      Ausweils 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

---

---

---

---

---

**Hinweis:**

Alle Ihre ärztlichen Ausweise sollten in der Notfallmappe aufbewahrt werden!

## WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

---

Name der Praxis

---

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(in) / Beamter/Beamtin bei

---

Arbeitsstelle

---

Anschrift der Arbeitsstelle

---

Telefonnummer der Arbeitsstelle

### Als Selbständige(r)

---

Art der Selbständigkeit

---

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

## Witwen-/Witwerrente

---

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

---

Anschrift und Telefonnummer

## Riesterrente / Rürup-Rente

---

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

---

Anschrift und Telefonnummer

## Sozialhilfe / Grundsicherung im Alter

---

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

Sonstige Sachwerte (Auto, Motorrad, Sammlungen)

---

---

---

---

---

---

## 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 Heizung, 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. Diese Hinweise sollen Ihnen helfen, folgende Aufgaben zu erledigen:

- 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 Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen (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/der Verstorbenen
- Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
- Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
- Scheidungsurteil, falls geschieden und nicht wieder verheiratet
- Sterbeurkunde des Ehegatten, falls die/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
- Todesanzeigen bei den Tageszeitungen 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 die/den Verstorbene/n 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
- Witwen-/Witwerrente beantragen, ggf. Vorschussantrag beim Postrentendienst stellen, ggf. Termin mit Rentenstelle im Rathaus vereinbaren
- Eventuell 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. Jedoch sollte auch hier nicht auf die Beratung z. B. durch Notare/Steuerberater usw. verzichtet werden, wenn größere Vermögenswerte oder Immobilien verfügt werden.

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?)

---

Liebings- 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 UND PATIENTENVERFÜGUNG**

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 ihn entscheiden müssen. **Drei Arten von Vollmachten und Verfügungen** helfen, damit das in Ihrem Sinne geschieht. Das Wichtigste für alle drei 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 und Betreuungsverfügung) 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 fachlicher und rechtlicher 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 (einschließlich Betreuungs- und Patientenverfügung) verursacht keine untragbaren Kosten. Für Schüler/Rentner ohne größeres Vermögen müssen sie mit einmalig ca. 95 € rechnen. Besitzen Sie ein normales Einfamilienhaus o. ä., belaufen sich die Gesamtkosten auf ca. 150 - 250 € pro Person. Dies beinhaltet alle erforderlichen Bereiche einschließlich einer digitalen Registrierung im zentralen Vorsorgeregister. Alternativ kann die Unterschrift auf der Vorsorgevollmacht 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 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) entscheiden.  ja  nein
- ■
- ■
- ■

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

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



### 3. Behörden

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





## 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 Patientenverfügung<sup>1</sup>

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 ...

<sup>1</sup> Auszug „Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung“ aus der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz, November 2017.

- 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 ist<sup>2</sup>.
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen<sup>3</sup>.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

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

---



---



---



---

<sup>2</sup> 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-Patientinnen oder -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.

<sup>3</sup> Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) 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.<sup>4</sup>

### 2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung<sup>5</sup>

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.

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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 Flüssigkeitszufuhr<sup>6</sup>

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 Indikation<sup>7</sup> zur Beschwerdelinderung erfolgen,  
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.

### 2.3.4 Wiederbelebung<sup>8</sup>

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

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

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

---

<sup>6</sup> 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-Patientinnen oder -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, erhältlich unter [https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern\\_Leitfaden\\_2008.pdf](https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf)).

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

<sup>8</sup> Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebensmaßnahmen 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 Wiederbelebensmaßnahmen 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 Indikation<sup>6</sup> 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 Indikation<sup>6</sup> 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 eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---



---

- hospizlichen Beistand.

## 2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden 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 Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder 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 meiner Vertreterin/meinem



Vertreter [z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)] erwarte ich, dass sie/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*)
  - meiner/meinem Bevollmächtigten
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
  - anderer 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 Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) 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*)
  - meiner/meinem Bevollmächtigten
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
  - anderer Person: ...

## 2.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

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

---

Name

---

Anschrift

---

Telefon / Telefax / E-Mail

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen). Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer:

---

Name

---

Anschrift

---

Telefon / Telefax / 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 zu<sup>9</sup> (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)<sup>10</sup>
  - 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.

---

<sup>9</sup> Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 50819 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: order@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

<sup>10</sup> Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Arbeitspapier\\_Patientenverfuegung\\_Organspende\\_18012013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf). Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.



## 2.10 Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.<sup>11</sup>

## 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 der Ärztin/des Arztes \_\_\_\_\_

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

---

<sup>11</sup> 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.



# VERZEICHNIS DER ERTEILTEN VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN

Ich,

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

(Vollmachtgeber/in) habe nachfolgend aufgeführte Vollmachten und Verfügungen erteilt:

Meine Vertrauensperson

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

(bevollmächtigte Person)

Anschrift, Telefonnummer, Telefax, 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

**Kontovollmacht** .....  ja .....  nein

Registrierung .....  ja .....  nein

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

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

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

— — — — (Folgenden Abschnitt bitte evtl. in der Geldbörse o. ä. aufbewahren) — — — —

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich

Tritt dieser Fall ein, bitte ich umgehend mit dieser von mir benannten Vertrauensperson Kontakt aufzunehmen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Anschrift

eine Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung erstellt. (Nichtzutreffendes ist zu streichen)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

# IMPRESSUM

## Herausgeber

### Landratsamt Freyung-Grafenau

Wolfkerstraße 3

94078 Freyung

Tel.: 08551 57-0

Fax: 08551 57-4508

info@landkreis-frg.de

www.freyung-grafenau.de

### Kliniken Am Goldenen Steig gGmbH

Waldschmidtstraße 6

94078 Freyung

Tel.: 08551 977-0

Fax: 08551 977-1111

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](http://www.freyung-grafenau.de) als PDF-Datei herunterladen.

## Fotos

Titelseite:

© Sozavisimost, Quelle: Pixabay (links oben)

© sabinevanerp, Quelle: Pixabay (links unten)

© Anna Shvets, Quelle: Pexels (rechts)

## Bearbeitungsstand

3. Auflage, Dezember 2021

## Vollmachten und Verfügungen

Die verwendeten Formulare wurden vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz erarbeitet und mit dessen Zustimmung zur Veröffentlichung freigegeben;

Quelle: Webseite des Bundesministeriums für Verbraucherschutz: [www.bmju.de](http://www.bmju.de)

## **EHRENAMTLICHE BEAUFTRAGTE DES LANDKREISES**



### **Seniorenbeauftragte**

Anna Mitterdorfer



### **Behindertenbeauftragte**

Anita Moos

Beide Beauftragte können Sie über das Büro für Senioren und Menschen mit Handicap im Landratsamt Freyung-Grafenau unter Tel.: 08551 57-1603 oder senioren@landkreis-frg.de bzw. handicap@landkreis-frg.de erreichen.

## **Hilfestellen für Senioren und Menschen mit Handicap im Landratsamt**

### **Büro für Senioren und Menschen mit Handicap**

Zentrale Anlaufstelle (insbesondere für die kommunalen Seniorenbeauftragten) im Landratsamt und Beratung/Betreuung von Senioren und Menschen mit Handicap in allen sie betreffenden Angelegenheiten - Tel.: 08551 57-1603

### **Bauverwaltung**

Beratung über barrierefreies Bauen sowie über staatliche Förderung von alters- und behindertengerechten Umbaumaßnahmen - Tel.: 08551 57-2804

### **Sozialverwaltung**

Beratung und finanzielle Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Wohnung (Wohngeld) und zur Sicherung des Lebensunterhalts (Grundsicherung im Alter), Beratung und Unterstützung durch sonstige Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Auskünfte über ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe im Landkreis, Beratung bei evtl. pflegerischen Defiziten Angehöriger in Heimen, Beratung bei Betreuungen Volljähriger nach dem Betreuungsgesetz - Tel.: 08551 57-1917 und 08551 57-1914

### **Öffentlicher Personennahverkehr**

Zuständig für sämtliche Fragen zur Mobilität - Tel.: 08551 57-1215

### **Wirtschaftsförderung, Tourismus**

Beratung über Förderprogramme zur Barrierefreiheit in Tourismusbetrieben sowie Auskünfte über barrierefreie Urlaubsunterkünfte - Tel.: 08551 57-1043 und 08551 57-1046



Unfallchirurgie  
 Endoprothetik  
 Orthopädie  
 Visceralchirurgie  
 Gefäßchirurgie  
 Anästhesie  
 Innere Medizin  
 Kardiologie  
 Neurologie  
 Gastroenterologie  
 Onkologie  
 Palliativmedizin  
 Pneumologie  
 Urologie  
 Gynäkologie/Geburtshilfe  
 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
 Psychosomatik  
 Geriatrie

Kommunal, kompetent, individuell



### Krankenhaus Freyung

Krankenhausstr. 6 • 94078 Freyung  
 Telefon: 08551 977-0 • Telefax: 08551 977-1106  
 E-Mail: [verwaltung.freyung@frg-kliniken.de](mailto:verwaltung.freyung@frg-kliniken.de)  
 Anmeldung Komfortstation: 08551 977-1684



### Krankenhaus Grafenau

Schwarzmaierstr. 21 • 94481 Grafenau  
 Telefon: 08552 421-0 • Telefax: 08552 421-3106  
 E-Mail: [verwaltung.grafenau@frg-kliniken.de](mailto:verwaltung.grafenau@frg-kliniken.de)



### Gesundheitszentrum Waldkirchen

Erlenhain 6 • 94065 Waldkirchen  
 Kontakt: siehe [www.gesundheitszentrum-waldkirchen.de](http://www.gesundheitszentrum-waldkirchen.de)  
 E-Mail: [info@gesundheitszentrum-waldkirchen.de](mailto:info@gesundheitszentrum-waldkirchen.de)

[www.frg-kliniken.de](http://www.frg-kliniken.de)

**KLINIK  
 KOMPETENZ  
 BAYERN<sup>eG</sup>**

Kliniken Am Goldenen Steig gGmbH  
 Krankenhausstr. 6 • 94078 Freyung  
 Telefon: 08551 977-0

**KLINIKEN  
 AM GOLDENEN STEIG**  
 FREYUNG | GRAFENAU | WALDKIRCHEN  
 Wir für Ihre Gesundheit.

**FACHARZTZENTRUM  
 AM GOLDENEN STEIG**  
 FREYUNG | GRAFENAU | WALDKIRCHEN  
 Wir für Ihre Gesundheit

[www.faz-freyung.de](http://www.faz-freyung.de)

#### MVZ Freyung

##### Chirurgie

Dr. Siegfried Schmidbauer

##### Psychiatrie/Psychotherapie

Dipl. Psych. Univ. Ursula Weigel

Dr. Hans-Peter Hofmann

##### Neurologie

Dr. Thomas Motzek-Noé

Bannholz 4a • 94078 Freyung  
 Tel.: 08551 977-4200

#### MVZ Grafenau

##### Orthopädie/Unfallchirurgie

Dr. Raphaela Zitzelsberger

Dr. Lennart Barz

##### Neurologie

Dr. Karl Pfadenhauer

Ulrichstr. 9 • 94481 Grafenau  
 Tel.: 08552 421-4400

#### MVZ Waldkirchen

##### Orthopädie/Unfallchirurgie (-2340)

Anton Schmid, MBA

Dr. Johannes Stemplinger

##### Kardiologie (-4620)

Ulrich Sterr

Dr. Robert Ravasz

##### Gastroenterologie (-4620)

MUDr. Stanislav Svaral

##### Onkologie (-4335)

Dr. Christoph Schicht

##### Pneumologie (-4600)

Dr. Eric Träger

##### Visceralchirurgie (08551 977-1400)

MUDr. Lukas Faltejsek

Erlenhain 6 • 94065 Waldkirchen  
 Tel.: 08581 981 - siehe Fachbereiche

#### Zweigniederlassungen unserer MVZs

##### Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Christian Stöhr

Schwarzmaierstr. 21a • 94481 Grafenau  
 Tel.: 08552 421-4500

##### Chirurgie

Erwin Plach

Bahnhofstr. 22 • 94481 Grafenau  
 Tel.: 08552 2010

##### Neurologie

Dres. Martin und Gabriele Hutschenreuter

Schmiedgasse 1 • 94065 Waldkirchen  
 Tel.: 08581 4301