

**VOGT
LAND**

PFLEGENETZ



Rettungszweckverband
„Südwestsachsen“

fachlich unterstützt durch:



ARZTENETZ VOGTLAND eG

Helios

Klinikum Obergöltzsch
Rodewisch



VORSORGE

BEI UNFALL,
KRANKHEIT UND
LEBENSENDE

www.pflegenetz-vogtland.de



Dr. Uwe Drechsel (© LRA Vogtlandkreis)

GRUSSWORT

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger des Vogtlandkreises,

bei einem Unfall, einer Krankheit, im Pflegefall sowie am Lebensende gut und richtig versorgt zu sein, ist der Wunsch eines Jeden. Deshalb hat das Pflegenetzwerk Vogtlandkreis gemeinsam mit Vertretern der Ärzteschaft im Vogtland, der regionalen Krankenhäuser und der Betreuungsbehörde diese Vorsorgemappe entwickelt.

Hier können alle wichtigen Informationen und persönlichen Wünsche aufgeschrieben, geordnet und aufbewahrt werden und so im Notfall bei der Umsetzung der persönlichen Wünsche und Einleitung einer schnellen medizinischen Versorgung helfen.

Auf diesem Wege möchte ich mich nochmal persönlich bei allen beteiligten Akteuren, die an der Umsetzung der Mappe mitgewirkt haben, recht herzlich bedanken. Die konstruktive Zusammenarbeit hat dazu beigetragen, die Vogtländerinnen und Vogtländer mit allen wichtigen Informationen für eine optimale Vorsorge bei Unfall, Krankheit und am Lebensende zu versorgen.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen die Unterlagen entsprechend der Hinweise aus. So kann im Notfall die optimale und individuelle Versorgung umgesetzt werden. Bitte weisen Sie auch Angehörige und Personen Ihres Vertrauens auf diese Vorsorgemappe hin, damit die Informationen im Notfall schnell zur Hand sind.

Für Rückfragen oder Hilfestellungen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Pflegenetzwerkes und der Betreuungsbehörde sehr gerne zur Verfügung. Bei wichtigen medizinischen Rückfragen sollten Sie Ihren Hausarzt kontaktieren.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien alles Gute und viel Gesundheit!

Dr. Uwe Drechsel

Beigeordneter

Landratsamt Vogtlandkreis

INHALTSVERZEICHNIS

04	WARUM VORSORGE?
05	WELCHE VORSORGE SOLLTEN SIE TREFFEN?
06	PERSÖNLICHE ANGABEN
08	NOTFALLKARTEN UND ORGANSPENDEAUSWEIS
18	VORSORGEVOLLMACHT
24	PATIENTENVERFÜGUNG
34	BETREUUNGSVERFÜGUNG
36	SORGERECHTSVERFÜGUNG
38	BESTATTUNGSVERFÜGUNG – WÜNSCHE & VORSTELLUNGEN
42	DIGITALER NACHLASS
44	WAS MIR SONST NOCH WICHTIG IST!
45	CHECKLISTE FÜR DEN TODESFALL – INFORMATION FÜR ANGEHÖRIGE
46	PERSÖNLICHE NOTIZEN

WARUM VORSORGE?

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

mit der Vorsorgemappe des Vogtlandkreises wollen wir Sie dazu ermutigen, sich mit den Themen Unfall, Krankheit und Lebensende systematisch auseinanderzusetzen. Sie soll Ihnen dabei helfen, nicht unvorbereitet in derartige Situationen zu geraten und alle wichtigen und benötigten Unterlagen immer vollständig vorliegen zu haben. Mit der Vorsorgemappe unterstützen Sie Ärzte und Fachkräfte in der Pflege sowie Vorsorgebevollmächtigte und Betreuer, indem alle benötigten Unterlagen und persönliche Wünsche auf einen Blick und einheitlich abrufbar sind. Je intensiver Sie sich in der Familie über diese Themen ausgetauscht haben, desto leichter ist es für die Bevollmächtigten, in Ihrem Sinn Entscheidungen zu treffen und mit den Ärzten und Pflegekräften zu kommunizieren. Zu diesem Zweck sollten Sie unbedingt der Person Ihres Vertrauens eine Vorsorgevollmacht ausstellen.

Folgende Hinweise sollten Sie beachten:

- **Vorsorgemappe immer auf dem aktuellen Stand halten.**
- **Die Vorsorgemappe sollte immer griffbereit an einem bestimmten Ort hinterlegt sein / teilen Sie Ihren Angehörigen den Ablageort mit.**
- **Heften Sie die letzten Entlassungsberichte und Arztbriefe aus dem Krankenhaus sowie weitere wichtige Diagnosen in der Vorsorgemappe ab.**
- **Aktualisieren Sie den Informationsbogen regelmäßig, wenn sich an den persönlichen Daten etwas ändert.**

➡ **Legen Sie in die Vorsorgemappe nur Kopien und keine Originale (diese sollten an einem separaten Platz abgelegt werden)!**

05

WELCHE VORSORGE SOLLTEN SIE TREFFEN?

DOKUMENTE:	EIN MUSS FÜR:	EIN KANN FÜR:
VORSORGEVOLLMACHT	• Nicht verheiratete Paare • Verheiratete Paare • Verheiratete und unverheiratete Paare mit Kindern • Alleinerziehende • Alleinstehende	
BETREUUNGSVERFÜGUNG		• Nicht verheiratete Paare • Verheiratete Paare • Verheiratete und unverheiratete Paare mit Kindern • Alleinerziehende • Alleinstehende
SORGERECHTSVERFÜGUNG	• Verheiratete und unverheiratete Paare mit Kindern • Alleinerziehende	
PATIENTENVERFÜGUNG	• Nicht verheiratete Paare • Verheiratete Paare • Verheiratete und unverheiratete Paare mit Kindern • Alleinerziehende • Alleinstehende	
BESTATTUNGSVERFÜGUNG	• Nicht verheiratete Paare • Verheiratete Paare • Verheiratete und unverheiratete Paare mit Kindern • Alleinerziehende • Alleinstehende	
DIGITALER NACHLASS		• Nicht verheiratete Paare • Verheiratete Paare • Verheiratete und unverheiratete Paare mit Kindern • Alleinerziehende • Alleinstehende

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname: Geburtsdatum: Geburtsort: Adresse: Telefon: E-Mail: Krankenkasse: Versichertennummer: **Familienstand:**

- ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft
☐ verwitwet ☐ geschieden

Wohnsituation:

- ☐ alleinlebend ☐ nicht alleinlebend

Pflegegrad:

- ☐ keinen ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Pflegedienst:Name: Telefon: **Hausärztin / Hausarzt:**Name: Adresse: Telefon: **Weitere Fachärztinnen / Fachärzte:**Fachrichtung: Name: Telefon: Fachrichtung: Name: Telefon: Fachrichtung: Name: Telefon: **Hilfsmittel:**

- ☐ Brille ☐ Gehilfe ☐ Hörgerät ☐ Zahnprothese ☐ Lesehilfe ☐ Implantate
☐ Herzschrittmacher ☐ Rollator Sonstiges:

Wenn eine Betreuungsverfügung vorliegt – Betreuer:Name, Vorname: Telefon: Adresse:

PERSÖNLICHE ANGABEN

Weitere Ansprechpartner:

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Ausgefüllte Formulare der Vorsorgemappe:

- ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Betreuungsverfügung ☐ Patientenverfügung
☐ Sorgerechtsverfügung ☐ Bestattungsverfügung ☐ Digitaler Nachlass

Aufbewahrungsort von Originalunterlagen und Dokumenten, welche **nicht** in der Vorsorgemappe hinterlegt sind:



➔ S.09 NOTFALLKARTE

➔ S.11 NOTFALLKARTE
»PFLEGENDER ANGEHÖRIGER«

➔ S.13 NOTFALLKARTE »HAUSTIER«

➔ S.16 ORGANSPENDEAUSWEIS



09

NOTFALLKARTE

- ➔ Füllen Sie die Notfallkarte vollständig aus und schneiden Sie diese an der vorgegebenen Linie aus der Vorsorgemappe. Sie können die Karte dann auf Visitenkartengröße an den dafür vorgegebenen Mittellinien falzen, so dass der Begriff »Notfallkarte« zu lesen ist. Bewahren Sie die Dokumente in Ihrer Geldbörse (vorzugsweise bei Ihrer Krankenversicherungskarte) auf.



DIE ABGEBILDETE NOTFALLKARTE AUSSCHNEIDEN UND MITTIG FALZEN

Ich habe eine ☐ Vorsorgevollmacht und /oder eine ☐ Patientenerfügung (Zutreffendes bitte ankreuzen).	
MEINE KONTAKTDATEN:	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
BEVOLLMÄCHTIGT WURDE:	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN IST:	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	Handy:
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	Handy:
NOTFALLKARTE	
NOTRUFNUMMERN	
➔ 110	Polizei
➔ 112	Rettungsdienst und Feuerwehr
➔ 116 117	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
www.pflegenetz-vogtland.de	

11

NOTFALLKARTE

»PFLEGENDER ANGEHÖRIGER«

- ➔ Sie pflegen einen Angehörigen? Dann sollten Sie folgende Notfallkarte immer bei sich tragen, um auch bei einem Notfall sicherzustellen, dass Ihr Angehöriger versorgt wird.
- ➔ Füllen Sie die Notfallkarte vollständig aus und schneiden Sie diese an der vorgegebenen Linie aus der Vorsorgemappe. Sie können die Karte dann auf Visitenkartengröße an den dafür vorgegebenen Mittellinien falzen, so dass der Begriff »Achtung ich bin ein pflegender Angehöriger« zu lesen ist. Bewahren Sie die Dokumente in Ihrer Geldbörse (vorzugsweise bei Ihrer Krankenversicherungskarte) auf.

ACHTUNG! Ich bin ein pflegender Angehöriger.

Bitte kontaktieren Sie im Notfall den angegebenen Kontakt, um die Versorgung meines zu pflegenden Angehörigen sicherzustellen.



DIE ABGEBILDETE NOTFALLKARTE AUSSCHNEIDEN UND MITTIG FALZEN

Ich habe eine ☐ **Vorsorgevollmacht und/oder eine**
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

MEINE KONTAKTDATEN:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	

ZU PFLEGENDE PERSON:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	

☐ **Patientenverfügung**

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGENDER KONTAKT:

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	Handy:

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	Handy:

ACHTUNG! Ich bin ein pflegender Angehöriger.

Bitte kontaktieren Sie im Notfall den angegebenen Kontakt, um die Versorgung meines zu pflegenden Angehörigen sicherzustellen.



www.pflegenetz-vogtland.de

13

NOTFALLKARTE »HAUSTIER«

- ➔ Sie haben ein Haustier? Dann sollten Sie folgende Notfalkarte immer bei sich tragen, um auch bei einem Notfall sicherzustellen, dass Ihr Haustier versorgt wird.
- ➔ Füllen Sie die Notfalkarte vollständig aus und schneiden Sie diese an der vorgegebenen Linie aus der Vorsorgemappe. Sie können die Karte dann auf Visitenkartengröße an den dafür vorgegebenen Mittellinien falzen, so dass »Achtung! Ich habe ein Haustier« zu lesen ist. Bewahren Sie die Dokumente in Ihrer Geldbörse (vorzugsweise bei Ihrer Krankenversicherungskarte) auf.



DIE ABGEBILDETE NOTFALLKARTE AUSSCHNEIDEN UND MITTIG FALZEN

Ich habe eine ☐ Vorsorgevollmacht und / oder eine (Zutreffendes bitte ankreuzen). MEINE KONTAKTDATEN: <table border="1"> <tr> <td>Name:</td> <td>Geburtsdatum:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift:</td> </tr> </table> HAUSTIER: <table border="1"> <tr> <td>Name:</td> <td>Tierart:</td> </tr> <tr> <td>Name:</td> <td>Tierart:</td> </tr> <tr> <td>Name:</td> <td>Tierart:</td> </tr> </table>		Name:	Geburtsdatum:	Anschrift:		Name:	Tierart:	Name:	Tierart:	Name:	Tierart:	☐ Patientenverfügung IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGENDER KONTAKT: <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift:</td> </tr> <tr> <td>Telefon:</td> <td>Handy:</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift:</td> </tr> <tr> <td>Telefon:</td> <td>Handy:</td> </tr> </table>		Name, Vorname:		Anschrift:		Telefon:	Handy:	Name, Vorname:		Anschrift:		Telefon:	Handy:
Name:	Geburtsdatum:																								
Anschrift:																									
Name:	Tierart:																								
Name:	Tierart:																								
Name:	Tierart:																								
Name, Vorname:																									
Anschrift:																									
Telefon:	Handy:																								
Name, Vorname:																									
Anschrift:																									
Telefon:	Handy:																								
ACHTUNG! Ich habe ein Haustier. Bitte kontaktieren Sie im Notfall den angegebenen Kontakt, um die Versorgung meines Haustieres sicherzustellen.		 www.pflegenetz-vogtland.de																							

**Egal, wie Sie ihn tragen,
Hauptsache, Sie haben ihn:**



Den Organspendeausweis!

Informieren, entscheiden, ausfüllen.

www.organspende-info.de

ORGANSPENDEAUSWEIS

- ➔ Füllen Sie den Organspende-Ausweis vollständig aus und schneiden Sie diesen an der vorgegebenen Linie aus der Vorsorgemappe. Falzen Sie ihn an der Mittellinie und bewahren Sie das Dokument in Ihrer Geldbörse (vorzugsweise bei Ihrer Krankenversicherungskarte) auf.



DEN ABGEBILDETEN ORGANSPENDEAUSWEIS AUSSCHNEIDEN UND MITTIG FALZEN

Organspendeausweis		nach § 2 des Transplantationsgesetzes			
Name, Vorname			Geburtsdatum		
Straße			PLZ, Wohnort		
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung		 Organspende schenkt Leben.			
Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400 .					
Erklärung zur Organ- und Gewebespende	Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:				
	☐ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.				
	oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:				
	oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:				
	oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.				
	oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:				
	Name, Vorname		Telefon		
	Straße		PLZ, Wohnort		
Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise					
DATUM			UNTERSCHRIFT		



Quelle: rotkreuzdose.de

Rotkreuzdose
Alles Wichtige kompakt verpackt.



Die Rotkreuzdose. Einfach und sicher.

Die Rotkreuzdose: kleine Dose, große Hilfe.

Wenn der Rettungsdienst kommt, stellt er viele, oft lebenswichtige Fragen – aber was, wenn man diese Fragen selbst gar nicht mehr beantworten kann? Wenn in dem Moment keine Angehörigen vor Ort sind, kann es kritisch werden. Abhilfe soll hier die Rotkreuzdose schaffen, die alle wichtigen Informationen für Notlagen bereithält.

Die Idee zur Rotkreuzdose stammt ursprünglich aus Großbritannien und wird dort tausendfach eingesetzt. Für die Idee gibt es bereits viele Namen, doch der Grundgedanke ist immer derselbe: Unkompliziert sollen die Helfer in Notsituationen auf Informationen zugreifen können. Der DRK-Kreisverband Biberach hat den Ansatz als erster Rotkreuzverband in Deutschland aufgegriffen und die Rotkreuzdose im Dezember 2017 eingeführt.

Denn mit einer Rotkreuzdose kann man sich auf Notfälle gezielt vorbereiten. Man hinterlegt schon im Vorfeld auf einem Datenblatt seine Gesundheitsdaten und Medikamentenpläne, notiert auch Kontaktdaten von Hausarzt oder Pflegedienst. Hinweise zu einer Patientenverfügung oder Notfallkontakte sollen ebenfalls eingetragen werden. Dass es eine solche Rotkreuzdose gibt, das kann man den Helfern signalisieren, indem man Hinweisaufkleber an der Wohnungstür sowie am Kühlschrank anbringt. Denn der Kühlschrank ist der Aufbewahrungsort für die Dose – er ist in nahezu jeder Wohneinheit problemlos und sekundenschnell zu finden.

Die Rotkreuzdose wird kostenpflichtig abgegeben. Man bekommt die Dose inklusive Datenblatt sowie zwei Aufkleber für die Wohnungstür und den Kühlschrank. Datenblatt und Aufkleber können bei Bedarf nachbestellt werden. In folgenden Ausgabestellen sind die Rotkreuzdosen erhältlich:

DRK KV Auerbach e.V.
Bahnhofstr. 24
08209 Auerbach
Tel. 03744 - 83 01 0
www.drkkvauerbach.de

DRK KV Vogtland / Reichenbach e.V.
Humboldtstraße 45
08468 Reichenbach
Tel. 03765 - 32 59 00
www.drk-reichenbach.de

DRK KV Klingenthal e.V.
Kirchstraße 56
08248 Klingenthal
Tel. 037467 - 22 107
www.drk-klingenthal.de

DRK KV Oelsnitz (Vogtl) e.V.
Melanchthonstraße 26
08606 Oelsnitz
Tel. 037421 - 49 70
www.drk-oelsnitz.de

DRK Zentrum Plauen / Vogtland e.V.
Kurze Straße 18 – 20
08529 Plauen
Tel. 03741 - 40 68 33
www.drk-plauen.de

VORSORGEVOLLMACHT

- ➔ Die Vorsorgevollmacht sichert das Selbstbestimmungsrecht und wird an Personen Ihres Vertrauens erteilt.
- ➔ Vollmacht ist die durch ein Rechtsgeschäft einer anderen Person erteilte Vertretungsmacht.
- ➔ Vollmacht umschreibt das rechtliche Können des Bevollmächtigten im Außenverhältnis.
- ➔ Die Vorsorgevollmacht kann im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden.

Kontakt:

Telefon: 0800 - 35 50 500 (gebührenfrei)

Mail: info@vorsorgeregister.de

www.vorsorgeregister.de

Postanschrift:

Postfach 080151

10001 Berlin

Ich, Name, Vorname (Vollmachtgeber / in)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an:

bevollmächtigte Person, Name, Vorname

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. GESUNDHEITSVORSORGE / PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge 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

2. AUFENTHALT UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ☐ JA ☐ NEIN

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

- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ☐ JA ☐ NEIN

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

3. BEHÖRDEN

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

☐

JA

☐

NEIN

4. VERMÖGENSSORGE

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

☐

JA

☐

NEIN

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

☐

JA

☐

NEIN

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

☐

JA

☐

NEIN

- Verbindlichkeiten eingehen
(bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)

☐

JA

☐

NEIN

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

☐

JA

☐

NEIN

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

☐

JA

☐

NEIN

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

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 im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

☐ JA ☐ NEIN
6. VERTRETUNG VOR GERICHT

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

☐ JA ☐ NEIN
7. UNTERVOLLMACHT

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

☐ JA ☐ NEIN
8. BETREUUNGSVERFÜGUNG

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

☐ JA ☐ NEIN
9. GELTUNG ÜBER DEN TOD HINAUS

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ JA ☐ NEIN
10. WEITERE REGELUNGEN

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers



PFLEGENETZWERK – EINS FÜR ALLE

Servicestelle für alters- und
pflegegerechtes Wohnen sowie
vogtländische Seniorenberatung

Telefon: 03741 300-1504
www.pflegenetz-vogtland.de



PATIENTENVERFÜGUNG

- ➔ Die Patientenverfügung ist eine sinnvolle Ergänzung zur Vorsorgevollmacht.
- ➔ In ihr können Sie Ihren aktuellen Willen in Bezug auf künftige Behandlungssituationen dokumentieren, in der Sie als Patient nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen. Die Durchsetzung Ihres Patientenwillens obliegt dann dem Bevollmächtigten oder Betreuer.

2.1 EINGANGSFORMEL

Ich,

(Name, Vorname, geboren am, 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 ...
- ☐ 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 ist¹.
- ☐ 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 nehmen².

• Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

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

¹Dieser 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.

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.³

2.3.2 SCHMERZ- UND SYMPTOMBEHANDLUNG⁴

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.

²Dieser 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.

³Die Äußerung, »keine lebenserhaltenden Maßnahmen« zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentcheidung 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.

⁴Eine 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 sogenannte indirekte Sterbehilfe).

2.3.3 KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG UND FLÜSSIGKEITSZUFUHR⁵

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 Indikation⁶ 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 WIEDERBELEBUNG⁷

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 Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

⁵Das 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: [www.stmas.bayern.de / pflege / dokumentation / leitfaden.php](http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php)).

⁶Palliativmedizin 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.

⁷Viele 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.

☐ lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab.

oder:

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

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 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 Indikation⁶ 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 Indikation⁶ zur Beschwerdelinderung.

oder:

☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

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.

Ich möchte

☐ 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 zu⁸ (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)⁹:

- 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.

- ☐ 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:

⁸Die Informationsbroschüren »Antworten und 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, 51101 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 Infotelefons beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

⁹Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter

[www.bundesarztekkammer.de / downloads / arbeitspapier_patientenverfuegung_organspende_18012013.pdf](http://www.bundesarztekkammer.de/downloads/arbeitspapier_patientenverfuegung_organspende_18012013.pdf)

Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

¹⁰Die 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.

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.

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:

Datum

Unterschrift



Der Vogtlandkreis



 Surfen Sie auf unseren
Social-Media-Kanälen

- > **Newsletter**
www.vogtlandkreis.de/Newsletter
- > **Facebook** »Vogtlandkreis«
- > **YouTube** »Landratsamt Vogtlandkreis«
- > **Instagram** »Vogtlandkreis«

www.vogtlandkreis.de



BETREUUNGSVERFÜGUNG

- ➔ Haben Sie niemanden, dem Sie eine Vollmacht erteilen wollen, empfiehlt es sich über eine Betreuungsverfügung nachzudenken.
- ➔ In einer Betreuungsverfügung können Sie Anordnungen für einen späteren Betreuungsfall treffen.
- ➔ Sie können Personen benennen, welche das Betreuungsgericht zum Betreuer bestellen soll.
- ➔ Auch sollten Sie ausdrücklich festhalten, welche Personen nicht zum Betreuer bestellt werden sollen.
- ➔ Um sicherzugehen, dass die Betreuungsverfügung im Ernstfall auch beachtet wird, sollten Sie diese im Zentralen Vorsorgeregister registrieren lassen.

Kontakt Daten (siehe Seite 18)

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:

Ort, Datum

Unterschrift

SORGERECHTSVERFÜGUNG

SORGERECHTSVERFÜGUNG

Für seine Kinder da zu sein, für sie zu sorgen und sie zu beschützen, ist die wichtigste Aufgabe der Eltern. Leider gibt es Schicksale, bei denen die Eltern nicht bis zur Volljährigkeit eines Kindes da sein können und eine Sorgerechtsverfügung wichtig wird. Wenn Eltern durch Tod oder schwere Krankheit nicht mehr in der Lage sind, sich um ihre minderjährigen Kinder zu kümmern, kann eine Sorgerechtsverfügung dem Gericht und Jugendamt eine Richtung weisen, wer als Vormund für die Kinder infrage kommt. Die Eltern können die Personen somit im Vorfeld benennen und aufklären.

Auch zu beachten ist, dass nicht automatisch Verwandte bzw. Großeltern als Vormund eingesetzt werden, wenn dies im Vorfeld nicht klar geregelt wird. Deshalb empfehlen wir Ihnen, eine Sorgerechtsverfügung zu verfassen. Grundsätzlich ist eine solche Erklärung durch einen Sorgeberechtigten möglich. Eine gemeinsame Erklärung wird nicht empfohlen. Des Weiteren muss eine Sorgerechtsverfügung ähnlich einem Testament handschriftlich gefertigt und mit ausreichenden Gründen versehen werden. Weitere Informationen und eine kostenlose Beratung zum Thema Sorgerechtsverfügung erteilt Ihnen gerne das Jugendamt des Vogtlandkreises:

JUGENDAMT
Sekretariat
Sachgebiet 123 Amtsvormundschaften,
Beistandschaften, UVG
Postplatz 5, 08523 Plauen
E-Mail: jugendamt@vogtlandkreis.de
Telefon: 03741 300 3342
Fax: 03741 300 4065

BESTATTUNGSVERFÜGUNG

BESTATTUNGSVERFÜGUNG

- ➔ Schaffen Sie Sicherheit für sich und Ihre Angehörigen. Der Tod sollte kein Tabuthema sein. Mit der Bestattungsverfügung können Sie Ihre Wünsche und Vorstellungen nach Ihrem Tod selbstbestimmt festhalten und entlasten Ihre Hinterbliebenen schwierige Entscheidungen treffen zu müssen, wie zum Beispiel:
- Wie und wo möchten Sie beerdigt werden?
 - Wie soll die Trauerfeier stattfinden?
 - Welche zusätzlichen Wünsche und Vorstellungen haben Sie?
- ➔ Auch finanzielle und bürokratische Belange können hier festgehalten werden.



Bestattungsverfügung

Ich, Name, Vorname (Verfügungsgeber)

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

ART DER BESTATTUNG:

☐ Erdbestattung ☐ Feuerbestattung ☐ Urnenbeisetzung auf dem Friedhof
☐ Naturbestattung (zum Beispiel: Seebestattung, Baumbestattung):

☐ Anonyme Bestattung
☐ Sonstiges:

ORT DER BESTATTUNG:

**MIT FOLGENDEM BESTATTUNGSUNTERNEHMEN WURDE EIN VERTRAG ABGESCHLOSSEN ODER SOLL
DIE BEERDIGUNG BESPROCHEN WERDEN:**

EINKLEIDUNG MEINES TOTEN KÖRPERS:

SOLL EINE TRAUERANZEIGE AUFGEGEBEN WERDEN:

- ☐ JA
- ☐ NEIN

(Wo, ggf. Inhalt?)

VORSTELLUNGEN UND WÜNSCHE FÜR DIE TRAUERFEIER

(TRAUERREDE, TEILNEHMER, GESTALTUNG DER RÄUMLICHKEITEN, BLUMEN, MUSIK, ETC. ...):

FINANZIELLE ABSICHERUNG:

- ☐ Ich habe eine Sterbegeldversicherung abgeschlossen, um Beerdigungskosten und andere durch den Tod verursachte Kosten zu begleichen.

Name der Versicherung und Versicherungsnummer:

WEITERE ERGÄNZUNGEN / HINWEISE – ggf. HINWEIS AUF UNTERLAGEN UND DEREN VERWAHRUNG:

Unterschrift Verfügungsgeber / in

Ort, Datum

DIGITALER NACHLASS

- ➔ Überall hinterlassen wir digitale Fußabdrücke. Wir haben digitale Konten und Profile, aber wer kümmert sich nach unserem Ableben um diese bzw. löst diese auf?
- ➔ Mit dem Digitalen Nachlass können Sie Ihren Angehörigen oder Vertrauenspersonen alle wichtigen Informationen zur Verfügung stellen.

Digitaler Nachlass

Ich, Name, Vorname (Verfügungsgeber)

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, E-Mail

stelle hiermit folgender Person die Daten zu meinem digitalen Nachlass zur Verfügung und möchte, dass diese Person meinen digitalen Nachlass nach meinem Tod regelt:

VERTRAUENSPERSON:

Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, E-Mail

DIGITALE KONTEN:

(E-Mail-Konto, Shopping-Konten, Digitale Abos, Soziale Netzwerke etc.)

Name des Anbieters	Benutzername	verwendete E-Mail-Adresse	Passwort	Anmerkung

Ort, Datum Unterschrift Verfügungsgeber / in

44

Was mir sonst noch wichtig ist!

PERSÖNLICHE ANMERKUNGEN / ZUSÄTZLICHE NOTIZEN BEI AUFENTHALT IM KRANKENHAUS ODER BEIM BEGINNENDEN STERBEPROZESS

Besuch erwünscht:

JA



NEIN

- Besuch ist grundsätzlich erwünscht, aber folgende Personen möchte ich NICHT sehen:

[illegible]

- Weitere Wünsche und Vorstellungen:

A series of 20 horizontal purple bars stacked vertically, representing a list or index. Each bar is a solid, uniform purple color and is separated from the others by a thin white gap. The bars are of equal height and width, creating a clean, minimalist visual structure.

Checkliste für den Todesfall – Informationen für Angehörige

WELCHE MASSNAHMEN SIND ZU TREFFEN?

- Nach jedem Todesfall müssen die Angehörigen beim Standesamt eine Sterbeurkunde beantragen.

Dazu wird benötigt:

- Totenschein (wird vom Arzt ausgestellt)

- Personalausweis / Reisepass der / des Verstorbenen

Aufbewahrungsort:

- Die Geburtsurkunde der / des Verstorbenen

Aufbewahrungsort:

- Gegebenenfalls Heiratsurkunde (Familienstammbuch) bzw. bei geschiedenen Personen das Scheidungsurteil

Aufbewahrungsort:

WEITERHIN IST ZU ERLEDIGEN:

- ☐ Angehörige benachrichtigen
- ☐ Auswahl des Bestattungsinstitutes
- ☐ Erd- oder Feuerbestattung (Prüfen, ob es eine Verfügung oder einen Hinweis im Testament gibt!)
- ☐ Kontakt zum Pfarramt herstellen
- ☐ Sterbegeldversicherung informieren
- ☐ Nach Beurkundung des Sterbefalls den Tag der Beisetzung sowie die Lage des Grabes mit der Verwaltung des Friedhofes besprechen
- ☐ Inserat Todesanzeige / Danksagung
- ☐ Schriftliche Information über den Sterbefall an die Lebens- bzw. Sterbeversicherung
- ☐ Mitteilung an die Banken, bei denen die verstorbene Person Konten hatte
- ☐ Schriftliche Kündigung laufender Verträge (Miete, Strom, Telefon / Handy, Rundfunk- und Fernsehgebühren, Internet, ...)
- ☐ Schriftliche Mitteilung an Vereine und Selbsthilfeeinrichtungen, bei denen die verstorbene Person Mitglied war
- ☐ Abmeldung bei der Rentenanstalt
- ☐ Ggf. Abmeldung des Kraftfahrzeuges
- ☐ Beantragung von Witwen- / Witwer-Rente

A series of horizontal purple lines for writing notes, arranged in a single column and spanning most of the page width.

IMPRESSUM

Landratsamt Vogtlandkreis
Sozialamt
Postplatz 5, 08523 Plauen

Rechtsform: Körperschaft des öffentlichen Rechts,
vertreten durch Landrat Rolf Keil (landratsamt@vogtlandkreis.de)

Inhaltlich Verantwortlich: Dr. Uwe Drechsel,
Dezernent Gesundheit und Soziales (drechsel.uwe@vogtlandkreis.de)

Kontakt

Telefon: +49 3741 / 300-1503
E-Mail: kanis.anne-kathrin@vogtlandkreis.de
Gestaltung: Landratsamt Vogtlandkreis
Bilder: [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock)
Druck: Vogtland Druck Concept.



Diese Maßnahme wird mitfinanziert
durch Steuermittel auf der Grund-
lage des vom Sächsischen Landtag
beschlossenen Haushaltes.