



KREIS SENIORENRAT
des Landkreises Tuttlingen



Vorsorgebroschüre

mit **Vollmachten**
und **Patientenverfügung**

Willkommen bei der Nr. 1!



Jeder Mensch hat etwas, das ihn antreibt.

Wir machen den Weg frei.

Wir sagen danke, dass Sie uns zur Nummer 1 gemacht haben. Dies nehmen wir zum Antrieb, Ihre Wünsche, Pläne und Ziele auch weiterhin in den Mittelpunkt zu stellen und für Sie individuelle Lösungen zu entwickeln. www.vbdn.de

Volksbank
Donau-Neckar eG



Inhalt	Seite
Vorwort	4
Persönliche Daten	6
Einführung in die Vollmachten	10
Muster Vorsorgevollmacht	17
Muster Patientenverfügung	23
Mögliche Fragen zur Vorsorgevollmacht	30
Mögliche Fragen zur Patientenverfügung	31
Todesfall	32
Impressum	35
Notfallkarte / Organspendeausweis	37

Sicherheit und Selbstbestimmung bei Krankheit und Behinderung durch Vorsorge

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

jeden kann es treffen, ob jung oder alt, dass er durch Krankheit, Unfall oder Alter in eine Lage gerät, in der er wichtige Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Viele Menschen glauben, dass dann Angehörige, für die das Ereignis genauso unvorhergesehen eintritt, für sie entscheiden können. Das trifft aber nicht zu, denn **es gibt kein gesetzliches Vertretungsrecht** von Ehegatten untereinander oder von Eltern für volljährige Kinder und umgekehrt.

Natürlich werden Ihre Angehörigen Ihnen - hoffentlich - im Ernstfall beistehen. Rechtsverbindliche Erklärungen oder Entscheidungen dürfen Ehegatten und Kinder aber nur dann abgeben, wenn eine gültige Vollmacht vorliegt oder eine rechtlicher Betreuung eingerichtet ist.

Unvorhergesehen heißt aber nicht unvorbereitet

Sorgen Sie vor, dass Ihr Wille auch dann beachtet wird, wenn Sie infolge eines Unfalles einer Erkrankung oder einer Behinderung zu einer Willensbildung vorübergehend oder andauernd nicht in der Lage sein sollten. Mit der vorliegenden Vorsorgebroschüre können Sie wichtige Informationen weitergeben, damit Ihnen bei Bedarf schnell und sachgerecht nach Ihren Vorstellungen geholfen werden kann. Es ist deswegen wichtig, dass Sie rechtzeitig, (solange Sie noch geistig rüstig sind) mit Ihren Angehörigen oder Personen Ihres Vertrauens rechtzeitig und ausführlich darüber sprechen.

Überlegen Sie gemeinsam, wo Sie Ihre Grenze festmachen wollen, bis zu der für Sie ein Leben in einem bestimmten Gesundheitszustand noch lebenswert ist.

Klären Sie mit Ihren Angehörigen oder den Vertrauenspersonen, wer in persönlichen und finanziellen Angelegenheiten für Sie entscheiden soll, wenn Sie selbst dazu nicht oder nicht mehr in der Lage sein sollten oder sind.

Vermeiden Sie, dass Ihnen Unrecht geschieht oder dass mit Ihnen etwas geschieht, mit dem Sie nicht einverstanden sind, das Sie so nicht wollen und dadurch Ihr Persönlichkeitsrecht, Ihre Selbstbestimmung, Ihre Menschenwürde verletzt werden.

Die Würde des Menschen ist unantastbar

so steht es im Artikel 1 Absatz 1 unseres Grundgesetzes. Zu dieser Würde gehört die Freiheit. Diese Freiheit schließt die Freiheit über die Selbstbestimmung als unveräußerliches Menschenrecht mit ein. In diese Freiheit, aber auch in diese Selbstverantwortung ist der Mensch gestellt.

Man kann Für und Wider diskutieren, Beratungen und Handreichungen anbieten, aber man kann niemanden die Entscheidung abnehmen. Wir möchten Sie mit dieser Broschüre dazu ermuntern, für den Fall der eigenen Hilfsbedürftigkeit rechtzeitig vorzusorgen und zu bestimmen, wer Ihre Interessen im Ernstfall vertreten soll.

Denken Sie daran:

Wenn Sie nicht entscheiden, wird über Sie entschieden werden !

Ihr

Kreissenorenrat Tuttlingen

Persönliche Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Anschrift: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Pass-/Ausweis-Nr. _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Telefon Nr. _____

Handy Nr.: _____

E - Mail: _____

Familienstammbuch / Geburtsurkunde:

Aufbewahrungsort: _____

Testament:

Ja

Nein

Aufbewahrungsort: _____

Behindertenausweis:

Ja

Nein

Aufbewahrungsort: _____

Organspendeausweis:

Ja

Nein

Aufbewahrungsort: _____

Blutgruppe: _____

Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

Behandelnde Fachärzte: _____ Tel: _____

_____ Tel: _____

Apotheke: _____ Tel: _____

Sozialstation / Nachbarschaftshilfe: _____ Tel: _____

Wichtige Familienangehörige:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon / E - Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon / E - Mail: _____

Vertrauenspersonen:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon / E - Mail: _____

Gesetzliche(r) Betreuer(in)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon / E - Mail: _____

Schlüssel:

Hausschlüssel Wohnungsschlüssel

Die angekreuzten Schlüssel sind hinterlegt bei:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy Nr.: _____

E -Mail: _____

Der / die Schlüsselträger(in) ist berechtigt, meine Wohnung zu betreten.

Ich wohne:

in meiner eigenen Wohnung / eigenem Haus

in einer Mietwohnung. Der Vermieter ist:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon Nr.: Handy Nr.: _____

E - Mail: _____

Im Notfall bitte benachrichtigen

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon Nr.: Handy Nr.: _____

E -Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon Nr.: Handy Nr.: _____

E - Mail: _____

Weitere Angehörige oder Freunde, die im Falle einer ernsthaften Erkrankung oder eines Unfalles benachrichtigt werden sollten

**Vorsorgevollmacht
und
Patientenverfügung
Im juristischen Sinne handelt es sich um zwei
grundlegend verschiedene Dinge !!**

Die Vorsorgevollmacht:

Eine Vorsorgevollmacht ermöglicht es Ihnen, für den Fall vorzusorgen, dass Sie Ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Diese Vollmacht gibt Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung, dem Bevollmächtigten gibt sie weit reichende Befugnisse.

Deshalb ist eine wichtigste Voraussetzung hierfür Ihr Vertrauen zu der Person, die Sie unter Umständen bis zu Ihrem Lebensende mit einer Vollmacht ausstatten wollen.

Person Ihres Vertrauens wird in aller Regel der Ehepartner, der Lebenspartner/Lebenspartnerin, Ihre Kinder, ein/e Angehöriger/Angehörige oder eine Ihnen sonst sehr nahe stehende Person sein. Selbstverständlich können sie auch mehrere Personen bevollmächtigen.

Hierbei können Sie sich von Ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen und Wertvorstellungen leiten lassen sowie zusätzliche Anweisungen geben, wie Ihre Angelegenheiten geregelt werden sollen.

Es ist zweckmäßig, die gewünschten Bevollmächtigten beim Abfassen der Vollmacht mit einzubeziehen und die Vollmacht ausführlich zu besprechen.

In der Vollmacht sollten Sie genau bezeichnen, wozu sie im Einzelnen ermächtigen soll. Sie können auch verfügen, dass mehrere Bevollmächtigte sie nur gemeinsam vertreten dürfen.

Die Vollmacht kann auch Bevollmächtigungen zu Ihrer Gesundheitsvorsorge enthalten.

Eine Vollmacht ist jederzeit widerrufbar

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, muss für die darin genannten Bereiche kein gesetzlicher Betreuer durch das Betreuungsgericht bestellt werden. Der Bevollmächtigte steht auch nicht unter der Kontrolle des Betreuungsgerichts sondern ist nur an Ihre Weisungen gebunden.

Aus Gründen der Klarheit und der Beweiskraft ist ein schriftliches Abfassen notwendig.

Die Vollmacht muss aber nicht handschriftlich verfasst sein.

Natürlich können Sie sich beim Abfassen anwaltlich oder notariell beraten lassen.

Das ist vor allem dann ratsam, wenn Sie eine Vollmacht für alle Lebensbereiche erstellen wollen.

Zu Ihrer Rechtsgültigkeit muss die Vollmacht vom Vollmachtgeber und den Bevollmächtigten unterschrieben werden. Eine Beglaubigung durch einen Notar oder der Betreuungsbehörde beim zuständigen Landratsamt ist nicht erforderlich, verleiht ihr aber mehr Bedeutung.

Die Vorsorgevollmacht ersetzt nicht die Bankvollmacht!

Wir möchten sie darauf hinweisen, dass es verschiedene Möglichkeiten von Vollmachten gibt, von denen nachstehend drei aufgeführt sind.

Die Bankvollmacht:

Diese Vollmacht kann für alle bestehenden und hin künftige Konten und Depots bei der jeweiligen Bank gelten. Sie berechtigt den Bevollmächtigten gegenüber der Bank unter anderem über das jeweilige Guthaben zu verfügen (z.B. durch Überweisungen, Barabhebungen, Schecks).

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Bank. Dort erhalten Sie auch die entsprechenden Formulare.

Die Gesundheitsvollmacht:

Hierbei handelt es sich um eine Vollmacht, die im Voraus der selbst gewählten Vertrauensperson / personen Vertretungsvollmacht erteilt und zwar für den Bereich der medizinischen Diagnostik und Behandlung. Sie gilt erst und solange der Vollmachtgeber nicht selbst entscheiden kann. Der oder die Bevollmächtigte/ten entscheidet/entscheiden im Sinne des Vollmachtgebers stellvertretend für ihn in Kenntnis seiner gesundheitlichen Situation. Der/die Bevollmächtigte/ten sind allein oder gemeinsam entscheidungspflichtig, es sei denn, die Entscheidung bedarf der Genehmigung eines Betreuungsgerichts.

Diese Vollmacht muss vom Vollmachtgeber unterschrieben sein und kann vom Bevollmächtigten oder dem Hausarzt zur Bestätigung der Geschäftsfähigkeit mitunterschrieben werden.

Ein Beispiel einer Vorsorgevollmacht mit Gesundheitsvollmacht und Aufenthaltsbestimmungsrecht finden Sie in dieser Broschüre.

Die Generalvollmacht:

Eine Generalvollmacht wird nur in Ausnahmefällen empfohlen.

Mit ihr wird einer selbst gewählten Person im Voraus umfassende Vertretungsvollmacht erteilt.

Sie gilt sofort und der Bevollmächtigte kann tätig werden, sobald er die Vollmacht in Händen hält. **Dies setzt absolutes Vertrauen in die bevollmächtigte Person voraus!**

Sollten Sie sich für diese Möglichkeit entscheiden, so empfiehlt es sich, Ihre Unterschrift öffentlich beglaubigen zu lassen, damit sie uneingeschränkt (auch für Immobilien) anwendbar ist.

Diese öffentliche Beglaubigung kann entweder bei einem Notar oder bei der Betreuungsbehörde des Landratsamtes vorgenommen werden.

Alle Vollmachten sollten von Zeit zu Zeit (alle zwei Jahre) auf ihre Aktualität hin überprüft und erneut von allen beteiligten Personen unterschrieben werden.

Die Patientenverfügung:

Die Patientenverfügung ist eine schriftlich abgefasste Anweisung an die Sie behandelnden Ärzte. Sie legen fest, wie Sie behandelt werden möchten, wenn Sie nicht entscheidungs- und einwilligungsfähig sind und welche medizinischen Maßnahmen Sie in bestimmten Behandlungssituationen wünschen oder ablehnen. Bevor Sie eine schriftliche Patientenverfügung erstellen, sollten Sie darüber nachdenken, was Ihnen in Zusammenhang mit Krankheit, Leiden und Tod wichtig ist, wovor Sie Angst haben und was Sie erhoffen.

Manche Menschen haben Angst, dass man ihnen die erforderlichen medizinischen Maßnahmen nicht zukommen lässt. Andere befürchten, dass man sie in solchen Situationen unter Aufbieten aller technischen Möglichkeiten nicht sterben lässt.

Es ist nicht einfach, sich mit den Fragen auseinanderzusetzen, die Krankheit, Leiden und auch Sterben betreffen.

Sie sollten bedenken, dass in bestimmten Grenzsituationen des Lebens Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen und Folgeschäden im Einzelfall kaum möglich ist.

Wenn Sie Festlegungen für oder gegen bestimmte Behandlungen treffen, sollten Sie sich bewusst sein, dass Sie durch einen Behandlungsverzicht unter Umständen auf ein Weiterleben verzichten. Umgekehrt sollten Sie sich im Klaren darüber sein, dass Sie für die Chance, weiterleben zu können, möglicherweise Abhängigkeit und Fremdbestimmung in Kauf nehmen.

Am Ende Ihrer persönlichen Willensbildung kann die Entscheidung stehen, eine Patientenverfügung zu erstellen oder der Entschluss, keine Vorsorge hierfür treffen zu wollen. Sie sollten sich deshalb für diese Überlegungen Zeit nehmen und sich nicht selbst unter Druck setzen.

Natürlich ist niemand verpflichtet eine Patientenverfügung abzufassen. Aber sie gibt Ihnen, Ihrem Lebenspartner, Ihren Angehörigen, Ihren Vertrauenspersonen, Ihrem Betreuer oder Bevollmächtigten eine gewisse Handlungs- und Entscheidungssicherheit.

Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer **einwilligungsfähigen, volljährigen Person** für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit, mit der sie bestimmte, zum Zeitpunkt des Festlegens noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe eingewilligt oder sie untersagt.

Sollte sich ihr Gesundheitszustand ändern, empfiehlt es sich, Ihre Patientenverfügung entsprechend zu aktualisieren. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über den Krankheitsverlauf, möglich Komplikationen und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.

Ihr Rechtsanspruch aus Auskunft über Diagnose und Prognose Ihrer Erkrankung ist im neuen Patientengesetz vom 23. Februar 2013 festgeschrieben.

Auf diese Weise können Sie Einfluss auf eine spätere ärztliche Behandlung nehmen und damit Ihr Selbstbestimmungsrecht wahren, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar oder einwilligungsfähig sind.

Die Patientenverfügung richtet sich in erster Linie an die behandelnden Ärzte, Bevollmächtigte oder Betreuer.

Der Bevollmächtigte oder der Betreuer ist verpflichtet zu überprüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.

Liegt eine schriftliche Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer / Bevollmächtigte die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Verfügenden festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder sie untersagt.

Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche und schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten (§ 1901a Abs. 2 BGB).

Deswegen ist es wichtig, dass Sie Ihre Wünsche, persönlichen Wertvorstellungen, Einstellung zum Leben und zum Sterben und Ihre religiösen Anschauungen mit Ihren Vertrauenspersonen besprechen und wenn möglich, schriftlich festhalten. Sie können selbstverständlich mitteilen, dass Sie bei unerträglichen Schmerzen eine intensive Schmerzbehandlung wollen, auch wenn diese Ihr Leben gegebenenfalls verkürzen könnten.

Sollten Sie eine schriftliche Patientenverfügung abfassen, muss diese Ihre Personalien und ihre Anschrift enthalten. Datum und persönliche Unterschrift sind unbedingt erforderlich. Es ist dienlich, wenn Ihre Vertrauenspersonen oder Ihr Betreuer mit Datum und Unterschrift von dieser Patientenverfügung Kenntnis nehmen.

Es kann hilfreich sein, wenn Sie vor dem Abfassen die Patientenverfügung mit Ihrem Hausarzt besprechen.

Rechtlich ist weder eine Unterschrift von Zeugen noch eine Beglaubigung notwendig.

Um Ihrer Patientenverfügung mehr Aktualität zu verleihen, sollte sie von Zeit zu Zeit überarbeitet, erneut mit Datum und Unterschrift versehen werden und hiervon sollten Sie Ihre Vertrauenspersonen / Betreuer in Kenntnis setzen.

Da die Patientenverfügung seit ihrer gesetzlichen Regelung ggf. umgesetzt werden muss empfiehlt der Kreissenorenrat deshalb, beim Abfassen einer Patientenverfügung Textbausteine als Formulierungshilfen zu verwenden, wie sie u.a. das Bundesministerium für Justiz anbietet.

Ein Beispiel für eine Patientenverfügung finden Sie in dieser Broschüre

Schlussbemerkungen:

Ziel all dieser vorsorgenden Maßnahmen soll sein, dass Sie dem Lebensende gelassener entgegen sehen.

Viele Menschen sterben in der Gewissheit, dass das Ende des Lebens nicht “ das Ende “ sondern die “ Ouvertüre “ für ein Neues Sein ist.

Wenn Sie die in dieser Broschüre genannten Hinweise beachten, ist Ihnen gewiss nicht alle Angst genommen. Sie können aber sicher sein, dass Sie alles getan haben, damit in lebensbedrohenden Situationen nach Ihren Wünschen und Vorstellungen an Ihrem Lebensende gehandelt wird.

Und noch ein Hinweis:

Legen Sie die von Ihnen abgefassten Vollmachten und Verfügungen zu Ihren wichtigen Unterlagen und informieren Sie Ihren Lebenspartner, Ihre Angehörigen, und Ihre Vertrauenspersonen / Betreuer darüber, wo diese Unterlagen aufbewahrt sind.

*Ihr
Kreissenorenrat Tuttlingen*

Vorsorgevollmacht:

Ich _____ (Vollmachtgeber)

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift:

Telefon / E -Mail:

erteile hiermit Vollmacht an nachstehende Vertrauenspersonen.

1. _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon / E - Mail

2. _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon / E - Mail

Rangfolge siehe Ziffer 10

Diese Vertrauenspersonen werden hiermit bevollmächtigt, mich im gegenseitigen Einvernehmen in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.

Durch diese Bevollmächtigung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt also in Kraft, wenn ich nach ihrer Einrichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

Meine Vertrauenspersonen dürfen:

1. Gesundheitsvorsorge / Pflegebedürftigkeit:

> In allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil) stationären Pflege. Sie sind befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Ja Nein

> insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und die Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahme widerrufen, auch wenn mit der Vornahme dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide, (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB)

Ja Nein

> Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliche Personal gegenüber meinen bevollmächtigten Vertrauenspersonen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja Nein

> über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1908 Abs. 1 BGB) und über meine freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente, u.ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, so lange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist

Ja Nein

> _____

> _____

Beachten: Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts mit Beschluss vom 10. Juni 2015 (AZ: 2 BvR 1967/12) muß der Bevollmächtigte, bzw. Betreuer eine gerichtliche Genehmigung für die Maßnahme einholen.

2. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten:

> über meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung, einschließlich einer Kündigung, wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen,

Ja Nein

> einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen,

Ja Nein

> einen Heimvertrag abschließen und kündigen,

Ja Nein

> _____

3. Behörden:

> mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten,

Ja Nein

> _____

4. Vermögensvorsorge:

- > mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen, Ja Nein
- > namentlich über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen, Ja Nein
- > Zahlungen und Wertgegenstände entnehmen, Ja Nein
- > Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben, mich auch im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten, Ja Nein
- > Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer / Betreuerin rechtlich gestattet ist Ja Nein
- > Folgende Geschäfte sollen meine Betreuungspersonen **nicht** wahrnehmen können:
-
-

5. Post- und Fernmeldeverkehr:

- > Für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen, Ja Nein
- > über den Fernmeldeverkehr entscheiden und alle hiermit zusammenhängende Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen abgeben. Ja Nein

6. Vertretung vor Gericht:

> Mich gegenüber Gerichten vertreten, sowie Prozessvollmachten aller Art vornehmen,
 Ja Nein

7. Untervollmachten:

> In einzelnen Angelegenheiten Untervollmachten erteilen Ja Nein

8. Betreuungsverfügung:

> Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung (rechtliche Betreuung) erforderlich werden sollte bitte ich, eine meiner Vertrauenspersonen als Betreuer zu bestellen.
 Ja Nein

9. Geltungsdauer:

> Die hiermit erstellte Vorsorgevollmacht gilt über meinen Tod hinaus. Ja Nein

10. Weitere Regelungen:

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgeberin / Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschriften der Vollmachtnehmerinnen/Vollmachtnehmer

Es empfiehlt sich, die Vollmacht ca. alle zwei Jahre auf ihre Gültigkeit hin zu überprüfen und erneut zu bestätigen.

Erneute Bestätigung:

Ort, Datum,

Unterschrift

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, _____

geboren am: _____ in _____

wohnhaft _____

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:
(Zutreffendes habe ich angekreuzt bzw. Auf einem Beiblatt niedergeschrieben)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- > Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- > Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- > Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
Dies gilt für indirekte Gehirnschädigungen, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.
Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zum Empfinden erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

- > Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- > Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

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

- > Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zum Vermeiden des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe Erbrechen und andere Krankheitserscheinungen.
Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

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

- > Das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern.
- > Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

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

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

Das Befolgen dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe
Erläuterungen siehe Anhang

Ich wünsche eine Begleitung durch:

> Seelsorge: _____

> Hospizdienst: _____

> _____
persönliche Wünsche und Anmerkungen

- > Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit meinen bevollmächtigten Vertrauenspersonen besprochen.

Bevollmächtigte: 1 _____

Anschrift: _____

Tel. / E - Mail: _____

2. _____

Anschrift: _____

Tel. / E - Mail: _____

> Ich habe in eine Organspende eingewilligt (Organspendeausweis)

Da Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltendem Kreislauf entnommen werden können, gestatte ich für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, kurzfristig (Stunden bis höchstens wenige Tage) intensivmedizinische Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer vorzunehmen und anschließend Organe zu entnehmen.

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollten sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

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

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

Ort, Datum

Unterschrift

Beim Erstellen meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist)

Name: _____

Anschrift: _____

Tel. / E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

Die von mir benannten Bevollmächtigten haben von dieser Verfügung Kenntnis genommen:

1. _____

Ort, Datum

Unterschrift

2. _____

Ort, Datum

Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung in regelmäßigen Abständen (alle zwei Jahre) durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, insbesondere dann, wenn sich die Lebensumstände geändert haben.

Erneute Unterschriften:

Erläuterungen zu Ziffer 4:

Lebenserhaltende Maßnahmen:

In den vorstehend beschriebenen Situationen wünsche ich:

° dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern,

° auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte,

Ja Nein

oder

° dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. 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 andere belastende Symptome.

Ja Nein

Schmerz- und Symtombehandlung:

In den vorstehend beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symtombehandlung,

> aber keine bewusstseinsdämpfende Mittel zur Schmerz- oder Symtombehandlung

Ja Nein

oder

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- oder symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Ja

Nein

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den vorstehend beschriebenen Situationen wünsche ich:

eine künstliche Flüssigkeitszufuhr

Ja

Nein

oder

die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen

Ja

Nein

oder

die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Bevor Sie eine vorsorgende Verfügung besprechen und treffen, sollten Sie sich folgende Fragen stellen:

- Wer soll für mich handeln und entscheiden?
- Wer erledigt meine Bankgeschäfte?
- Wer kümmert sich um meiner Behörden- und Versicherungsangelegenheiten?
- Wer organisiert für mich die nötige Hilfe?
- Wer kümmert sich um meine Wohnung und den Telefonanschluß?
- Wer sucht für mich einen Platz in einem Pflegeheim?
- Wie werde ich ärztlich versorgt?
- Wer entscheidet bei nötigen Operationen und medizinischen Maßnahmen?
- Mit wem will ich darüber sprechen?
- Zu wem habe ich das größte Vertrauen?

Nachstehende Fragen sollen Sie beim Erstellen einer Patientenverfügung dazu anregen, über Ihre eigene Lebenseinstellung und Ihre Wertvorstellungen nachzudenken:

- Was war mir in meinem Leben immer besonders wichtig?
- Möchte ich möglichst lange leben?
- Ist mir die Qualität des Lebens wichtiger als die Lebensdauer, wenn beides nicht im gleichem Umfang zu haben ist?
- Wie viel Autonomie will ich über mein Leben haben?
- Welche Dinge will ich selbst tun können?
- Wie viel will ich anderen übertragen?
- Welche Pflege bin ich bereit, zu akzeptieren?
- Welche schmerzhafteste Therapie bin ich bereit, zu akzeptieren?
- Wie viel ist es mir wert, am Leben zu bleiben
- oder wäre es vielleicht besser zu sterben?
- Was wäre für mich die schlimmste Vorstellung?
- Was bedeutet mir mein Glaube angesichts von Leid und Tod und möglicher Sterbehilfe?
- Was wünsche ich mir für mein Lebensende am meisten?

Was ist nach deinem Todesfall zu tun?

1. Bestattung:

Telefon / Notizen

erledigt

- | | | |
|---------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| 1.1: Todesbescheinigung vom Arzt oder Krankenhaus | _____ | <input type="radio"/> |
| 1.2: Bestattungsunternehmen beauftragen | _____ | <input type="radio"/> |
| 1.3: Kirchengemeinde verständigen | _____ | <input type="radio"/> |
| 1.4: Beerdigungstermin festlegen | _____ | <input type="radio"/> |
| 1.5: Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach) | _____ | <input type="radio"/> |
| 1.6: Traueranzeigen in Zeitungen | _____ | <input type="radio"/> |
| 1.7: Trauerkarten bestellen und versenden | _____ | <input type="radio"/> |

2. Behörden:

- | | | |
|------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| 2.1: Arbeitgeber informieren | _____ | <input type="radio"/> |
| 2.2: Krankenkasse informieren | _____ | <input type="radio"/> |
| 2.3: Rentenversicherung /Pensionsstelle informieren | _____ | <input type="radio"/> |
| 2.4: Finanzamt verständigen | _____ | <input type="radio"/> |
| 2.5: Testament eröffnen lassen, Erbschein beantragen | _____ | <input type="radio"/> |

3. Versicherungen:

- | | | |
|---------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| 3.1: Lebens- / Sterbegeldversicherung informieren | _____ | <input type="radio"/> |
| 3.2: Gewerkschaften informieren | _____ | <input type="radio"/> |
| 3.3: Versicherungen kündigen | _____ | <input type="radio"/> |

4. Geldangelegenheiten:

- | | | |
|------------------------------------------|-------|-----------------------|
| 4.1: Bank (en) informieren | _____ | <input type="radio"/> |
| 4.2: ggf. Daueraufträge aussetzen lassen | _____ | <input type="radio"/> |

5. Mitgliedschaften:

Telefon / Notizen

erledigt

5.1: Vereinsmitgliedschaften kündigen

5.2 Parteimitgliedschaften kündigen

6. Wohnung:

6.1: Mietwohnung /Garage u.a. kündigen

6.2: Radio/TV abmelden bzw. umschreiben

6.3: Telefon/Handy abmelden bzw. umschreiben

6.4: Abonnements (Zeitungen/Zeitschriften) kündigen

6.5: Wohnungsauflösung vorbereiten/entrümpeln

6.6: Schlußablesung Heizung/Wasser/Strom, Gas

> Aufbewahrungsort der Unterlagen

7. Sonstiges:

7.1: Kraftfahrzeug ab- bzw. ummelden

7.2: _____

7.3: _____

7.4: _____

Notizen

Impressum:
Redaktion und Herausgeber Kreissenorenrat Tuttlingen
4. Auflage, Stand: September 2015

Gesamtherstellung: TYP DRUCK, Tuttlingen

Die von uns gegebenen Hinweise und Textmuster wurden nach bestem Wissen erstellt, bzw. wiedergegeben. Eine rechtsverbindliche Beratung durch Fachkräfte können sie nicht ersetzen. Eine Haftung für materielle oder ideelle Schäden aufgrund der gegebenen Informationen oder der vorgeschlagenen Formulierungen ist daher ausgeschlossen.

Diese Broschüre erhalten Sie:

- Über Ihre örtliche Seniorenvereinigung,
- bei Ihrer Stadt oder Gemeindeverwaltung im Landkreis Tuttlingen,
- beim Landratsamt Tuttlingen, Sozialdezernat, Tel. 07461 / 926 4041
- bei der Fachstelle für Pflege und Senioren,
Gartenstraße 22, 78532 Tuttlingen, Tel. 07461 / 926 4602
- über den Kreissenorenrat Tuttlingen, Tel. 0771/ 929 4755

Der Kreissenorenrat Tuttlingen dankt für die Unterstützung bei der Drucklegung dieser Broschüre der Kreissparkasse Tuttlingen, der Volksbank Donau-Neckar eG, der BKK Aesculap sowie Sanitätshaus Hilzinger



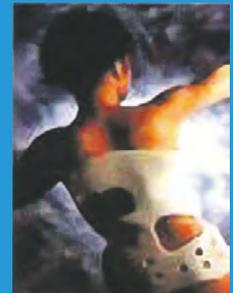
... für dich, für mich, für uns.

Gesundheitszentrum **HILZINGER**

Sanitätshaus · ortho team · reha team



SEIT 1917



- Orthopädische Schuheinlagen
- Orthetik & Prothetik
- Bandagen
- Reha-Service
- Krankenpflegeprodukte
- Massageartikel

78532 Tuttlingen · Weimarstraße 66 · Tel.: 0 74 61 / 9 66 40-0 · Fax 0 74 61 / 966 40-40

www.gesundheitszentrum-hilzinger.de



Wir bringen Hilfe

Notfallausweise

Füllen Sie den Organspendeausweis und / oder die Notfallkarte aus, Schneiden Sie die Karte dann aus, falten Sie sie an der Mittellinie so, dass die beschrifteten Seiten außen sind und haben Sie die Karten in Ihrer Geldbörse oder Brieftasche immer bei sich.
Im Mobiltelefon hinterlegen Sie bitte Ihre Bevollmächtigten deutlich erkennbar z.B. mit: ICE - in case of emergency

Notfallkarte für:

Name
Anschrift

Im Notfall beachten:

- Ich bin Marcumar-Patient, Ziel Nr. ____
 Ich bin Diabetiker.
 ICE: _____

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name
Telefon Handy

Ich habe folgende Vorsorge getroffen:

- Vorsorge-mappe mit wichtigen Informationen
 Vorsorgevollmacht
 Patientenverfügung
 Die o.g. Person ist darüber informiert und kennt den Aufbewahrungsort

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

Der
Unterschied
beginnt beim
Namen

Wir sind den **Menschen verpflichtet**:
90 Tausend Kunden mit 90 Tausend unterschiedlichen
Bedürfnissen. Deshalb verkaufen wir nicht einfach Finanzprodukte, sondern
erklären sie so, dass jeder sie versteht. Da, wo unsere Kunden
sind, da sind auch wir zu Hause. Deshalb bieten wir nicht
nur Sicherheit
für ihr Geld, sondern

Unterstützung für die ganze Region.
Als Finanzierungspartner Nr.1 fördern wir das Wachstum des
Mittelstands und einen Großteil der **Existenzgründungen**
in der **Region**. Das sichert Arbeitsplätze. Wir entwickeln
die Lösungen
von morgen, weil wir

an Sie und die **Zukunft** glauben. Schon heute haben wir
zum Beispiel die meistgenutzte **Finanz-App**. Erleben
Sie den Unterschied. Bei Ihrer Kreissparkasse Tuttlingen und
auf www.ksk-tut.de
wenn's um Geld geht - Sparkasse

Entdecken Sie mehr Unterschiede auf sparkasse.de



Kreissparkasse
Tuttlingen