



Gemeinde

Geltendorf



Gemeinde Geltendorf
Seniorenbeirat



NOTFALLMAPPE



Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde Geltendorf!

Die Nachrichten sind voll von Meldungen wie Klimakatastrophen, schweren Verkehrsunfällen und anderen Schadensereignissen. Hoffentlich bleiben wir alle davon verschont. Doch ganz so vertrauensvoll kann man leider nicht in die Zukunft sehen. Wie schnell ist man selbst in einen Unfall verwickelt? Schon ein kleiner, unglücklicher Sturz zu Hause kann weitreichende Folgen haben. Oder nach einem Schlaganfall, der auch junge Menschen ereilen kann, ist man plötzlich nicht mehr geschäftsfähig.

Dann sollten die lieben Menschen aus unserem nahen Umfeld, die unser Leid teilen, nicht noch zusätzlichen mit Erschwernissen wie der Suche nach persönlichen Unterlagen belastet werden. Vorsorge ist besser als Nachsorge.

Deshalb wurde von dem Seniorenbeirat der Gemeinde Geltendorf mit großem Aufwand dieser Notfall-Ordner erstellt. In übersichtlich eingeteilten Abschnitten finden sich die Betroffenen gut zurecht.

Dafür gebührt dem Seniorenbeirat mein besonderer Dank für dieses überdurchschnittliche ehrenamtliche Engagement. Die Gemeinde Geltendorf hat lediglich die Druckkosten getragen.

Somit können wir Ihnen ein hilfreiches Werk zur Verfügung stellen um Ihnen und Ihren Angehörigen Sorgen und Unannehmlichkeiten zu ersparen.

Weitere Mustervordrucke für eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht erhalten Sie von der dafür zuständigen Betreuungsstelle des Landratsamts Landsberg am Lech, Spöttinger Str. 14 a, Telefon 08191/129-216 sowie unter <http://www.landkreis-landsberg.de/gesundheits-soziales/betreuungsstelle/>. Für nähere Informationen zu den Themen Betreuungsrecht und Vorsorge wenden Sie sich bitte dorthin.

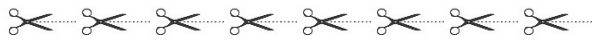


Mit den besten Wünschen, vor allem, dass Sie von Unglücksfällen verschont bleiben und den Ordner nur der Ordnung halber füllen, verbleibe ich

Ihr

W. Schumann

1. Bürgermeister



Ich habe eine Notfallmappe. Diese steht

Ort _____

Straße _____

Wo in der Wohnung _____



Ich habe eine Notfallmappe. Diese steht

Ort _____

Straße _____

Wo in der Wohnung _____

Sind Sie für den Notfall gewappnet?

- Was passiert, wenn plötzlich ein Notfall eintritt?
- Wenn Sie aufgrund Krankheit, Krankenhausaufenthalt oder Unfall nicht mehr selbst entscheiden können?
- Haben Sie eine Checkliste für einen plötzlichen Krankenhausaufenthalt?
- Was ist zu tun, wenn der Todesfall eintritt?
- Sind Ihre Angehörigen oder sonstige Vertrauenspersonen informiert über: Allergien, Medikamente, Krankenversicherung und sonstige persönlich wichtige Informationen?

Außerdem kann es in einem Notfall von immenser Bedeutung sein, dass eine Vertrauensperson Ihre Interessen für Sie wahrt. Sie sollte die erforderlichen Angelegenheiten in Ihrem Sinne erledigen und dabei Ihrem Willen folgen. Es ist also wichtig, dass Ihre Vertrauensperson Ihren Willen kennt, die notwendigen Vollmachten besitzt und die erforderlichen Informationen über die zu regelnden Angelegenheiten hat.

Mit dieser Notfallmappe können Sie alle notwendigen Informationen sammeln, die Ihren Verwandten ein sinnvolles Handeln möglich machen. Sie haben die Möglichkeit weitere Blätter, Formulare, Urkunden und Kopien, die für Sie wichtig sind, einzufügen oder den Aufbewahrungsort wichtiger Papiere wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Testament zu vermerken.

Damit Sie also nichts vergessen, dient eine Notfallmappe für Sie als Checkliste. **Informieren Sie Angehörige und Vertrauenspersonen darüber, wo Sie Ihre Notfallmappe aufbewahren. Nur so ist sichergestellt, dass diese in einem Notfall schnell Zugriff auf wichtige Informationen haben.**

Die nebenstehenden Abschnitte (Seite 2) können in der Geldbörse mitgeführt werden.

Notfallmappen – Checkliste:

	Seite	Nicht bearbeitet	Bearbeitet	Erledigt
Persönliche Daten	5			
Gesundheitszustand (Ehe-)Frau	6			
Gesundheitszustand (Ehe-)Mann	7			
Im Notfall zu benachrichtigen	8			
Im Notfall zu beachten	9			
Checkliste Krankenhausaufenthalt	10			
Versicherungen	11			
Banken und Konten				
Girokonten	12			
Kreditkarten	12			
Sparverträge	12			
Weitere Anlageformen	13			
Immobilien	13			
Verbindlichkeiten/Schulden	14			
Laufende Ausgaben	14			
Renten/Pensionen	15			
Todesfall				
Was im Todesfall sofort zu erledigen ist	16			
Zu benachrichtigende Personen	17			
Bestattungswünsche (Ehe-)Frau	18/19			
Bestattungswünsche (Ehe-)Mann	20/21			
Information Vorsorge	22			
Patientenverfügung				
Vollmacht				
Eigene Angaben				

Persönliche Daten

	(Ehe-)Frau	(Ehe-)Mann
Name		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Wohnort		
Straße		
Tel. privat		
Tel. mobil		
E-Mail		
Konfession		
Staatsangeh.		
Krankenvers.	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Versicherungsgesellschaft		
Vers.-Nr.		
Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft
Eheschließung	am in	am in
Güterstand	<input type="checkbox"/> Zugewinnngemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung <input type="checkbox"/> Gütergemeinsch.	<input type="checkbox"/> Zugewinnngemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung <input type="checkbox"/> Gütergemeinsch.
Aufbewahrung von Urkunden	wo:	wo:
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:
Testament	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:

Gesundheitszustand

Name: _____

Hausarzt _____

Adresse _____

Telefon _____

Blutgruppe _____

Seite ausgefüllt am _____

- **Derzeitige Erkrankungen**

- **Weitere Ärzte bei denen ich ständig behandelt werde:**

- **Medikamente**

- **Allergien**

- **Behinderungen**

- **Operationen**

- **Frühere Erkrankungen**

Sonstiges (z.B. Aufbewahrungsort Schwerbehindertenausweis)

Gesundheitszustand

Name: _____

Hausarzt _____

Adresse _____

Telefon _____

Blutgruppe _____ Seite ausgefüllt am _____

- **Derzeitige Erkrankungen**

- **Weitere Ärzte bei denen ich ständig behandelt werde:**

- **Medikamente**

- **Allergien**

- **Behinderungen**

- **Operationen**

- **Frühere Erkrankungen**

Sonstiges (z.B. Aufbewahrungsort Schwerbehindertenausweis)

Im Notfall zu benachrichtigen:

1.

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Tel.-Nr. / Handy

E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

2.

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Tel.-Nr. / Handy

E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

3.

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Tel.-Nr. / Handy

E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

Im Notfall zu beachten:

Personen, die für meine Wohnung/sonstige Räume einen Schlüssel besitzen:

1.

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

2.

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Hausnotruf

Anbieter

Telefonnummer

Sonstiges (z.B. Betreuung von Haustieren)

Es gibt eine Patientenverfügung: ja nein

Diese befindet sich _____

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 aller Regel benötigen.

Artikel	eingepackt
Krankenhausversicherungskarte	
Personalausweis	
Ärztliche Überweisung (wenn vorhanden)	
Ärztliche Krankentransportschein (wenn vorhanden)	
Medikamente oder Medikamenteneinnahmeplan der Gesundheitsmappe	
Sonstige Bescheinigungen (z.B. Marcumar-Ausweis)	
Jacke	
Hose	
Hemd	
Kleid	
Unterwäsche	
Socken/Strümpfe/Strumpfhosen	
Straßenschuhe	
Hausschuhe	
Jogging-/Hausanzug	
Handtücher (2-fach)	
Waschlappen (2-fach)	
Taschentücher	
Bargeld (max. 20€) – Achtung: Diebstahlgefahr!	
Rollstuhl oder Gehhilfen	
Brille(n)/Kontaktlinsen (und Pflegemittel)	
Seife/Körperpflegemittel	
Kosmetikartikel	
Rasierzeug	
Ersatzschlüssel (Wohnung/PKW) – Achtung: Diebstahlgefahr	
Telefonliste/Adressbuch	

Versicherungen

Versicherung	Vers. Nr.	Vers. Träger	Vers. Nehmer
Krankenzusatzversicherung			
Pflegeversicherung			
Sterbegeldversicherung			
Lebensversicherung 1			
Lebensversicherung 2			
Lebensversicherung 3			
Beihilfeversicherung			
Unfallversicherung			
Rechtsschutzversicherung			
Haftpflichtversicherung			
KFZ-Versicherung			

Bankverbindungen

Girokonten

IBAN	Konto-Inhaber	Bank	Bankvollmacht für Name/Vorname	Vollmacht über den Tod hinaus
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kreditkarten etc.

Kreditkarten-Nr.	Konto-Inhaber	Bank	Bankvollmacht für Name/Vorname	Vollmacht über den Tod hinaus
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sparbücher/Sparverträge/Sparkonten/Sparbriefe/Bausparverträge

Konto-Nr.	Konto-Art	Konto-Inhaber	Bank	Bankvollmacht für Name/Vorname	Vollmacht über den Tod hinaus
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Anlageformen

z.B. Fest-/Tagesgeld/sonst. kurzfr. Geldanlagen/Safes/Schließfächer/Wertpapiere/Aktien/Depots

Konto-Nr.	Konto-Art	Konto-Inhaber	Bank	Bankvollmacht für Name/Vorname	Vollmacht über den Tod hinaus
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Immobilien

Art (Grundstück, Haus, Eigentumswohnung)	Lage (Ort und Straße oder Gemarkung und Flur-Nr.)	Eigentümer

Verbindlichkeiten / Schulden

Art (z.B. Darlehen)	Gläubiger (z.B. Bank)	Konto Nr.	Bank	ursprüngliche Höhe €	Sicherheiten

Laufende Ausgaben/Abbuchungen/laufende Verpflichtungen

Was (z.B. Miete)	Empfänger (z.B. Wohngesellschaft, LL)	Zahlung von Konto Nr.	Bank	Vollmacht	zugrundeliegender Vertrag (z.B. Mietvertrag)

Renten und Pensionen

Gesetzl. Rentenversicherung bei

Versicherungsnr.

Zusatzversorgungsansprüche gegen

Personalnr.

Pensionsansprüche gegen

Personalnr.

Betriebl. Altersvorsorge bei

Personalnr.

Private Altersvorsorge bei

Versicherungsnr.

Was im Todesfall sofort zu erledigen ist

Checkliste

- Arzt rufen bei Tod zu Hause (Hausarzt oder Notruf 116 117)
- Polizei rufen bei Unfalltod, Freitod oder Verbrechen
- Bei Tod zu Hause spätestens am folgenden Werktag Sterbefall beim Standesamt Geltendorf (Tel. 08193/9321-26) anzeigen
- Bestattungsinstitut beauftragen
- Pfarrer verständigen
- Unfallversicherung binnen 36 Stunden informieren
- Lebensversicherung binnen 36 Stunden informieren
- Krankenhaus bei Organspendewunsch informieren
- Benachrichtigung des Vertreters in Betrieb oder Praxis
- Benachrichtigung des/der Testamentsvollstrecker(s)
- Benachrichtigung des/der Betreuer(s)

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

- Benachrichtigung weiterer Personen laut folgender Liste

Zu benachrichtigende Personen im Todesfall

1.

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Tel.-Nr. / Handy

E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

2.

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Tel.-Nr. / Handy

E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

3.

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Tel.-Nr. / Handy

E-Mail-Adresse

Verwandtschaft / Beziehung

Bestattungswünsche von _____

Ich wünsche folgende Bestattungsart

- Erdbestattung Feuerbestattung
- andere Bestattungsart _____
- Ich möchte bestattet werden in _____
- Ich habe mit dem Bestatter _____
_____ am _____ einen **Bestattungsvorsorgevertrag** abgeschlossen.
- Mit dem oben genannten Bestatter soll umgehend Kontakt aufgenommen werden.
- Ein Grabpflegevertrag liegt bei _____
- Ein Grabpflegevertrag soll geschlossen werden.

Grabmal/Grabgestaltung

- Es wird ein Grabmal gewünscht
- Das Grabmal soll wie folgt aussehen _____
- Der Text soll wie folgt lauten _____

- Bepflanzungswünsche _____

Vollmachten

Herr/Frau _____

Adresse _____

wird gebeten, für die Bestattung zu sorgen. Soweit nicht durch meine Vorsorgevollmacht eine andere Person bestimmt ist.

Bestattungswünsche von _____

Seite 2

Hinweise für die Trauerfeier

Trauerzug erwünscht Keine Trauerfeier Keine Trauerreden

Keine Grabreden

Trauerreden gewünscht von _____

Grabreden gewünscht von _____

Kondolenzliste auslegen

Musikstücke von _____

Kirchenlieder _____

Orgel -/Harmoniumspiel

Von Beileidsbezeugungen bitten wir abzusehen

Anstelle von Kränzen und Blumen sind Spenden an folgende Organisationen zu richten _____

Der Tod soll nicht durch Todesanzeigen angezeigt werden

Es soll kein Trauermahl stattfinden

Es soll ein Trauermahl abgehalten werden in _____

Bestattungswünsche von _____

Ich wünsche folgende Bestattungsart

- Erdbestattung Feuerbestattung
- andere Bestattungsart _____
- Ich möchte bestattet werden in _____
- Ich habe mit dem Bestatter _____
_____ am _____ einen **Bestattungsvorsorgevertrag** abgeschlossen.
- Mit dem oben genannten Bestatter soll umgehend Kontakt aufgenommen werden.
- Ein Grabpflegevertrag liegt bei _____
- Ein Grabpflegevertrag soll geschlossen werden.

Grabmal/Grabgestaltung

- Es wird ein Grabmal gewünscht
- Das Grabmal soll wie folgt aussehen _____
- Der Text soll wie folgt lauten _____

- Bepflanzungswünsche _____

Vollmachten

Herr/Frau _____

Adresse _____

wird gebeten, für die Bestattung zu sorgen. Soweit nicht durch meine Vorsorgevollmacht eine andere Person bestimmt ist.

Bestattungswünsche von _____

Seite 2

Hinweise für die Trauerfeier

Trauerzug erwünscht Keine Trauerfeier Keine Trauerreden

Keine Grabreden

Trauerreden gewünscht von _____

Grabreden gewünscht von _____

Kondolenzliste auslegen

Musikstücke von _____

Kirchenlieder _____

Orgel -/Harmoniumspiel

Von Beileidsbezeugungen bitten wir abzusehen

Anstelle von Kränzen und Blumen sind Spenden an folgende Organisationen zu richten _____

Der Tod soll nicht durch Todesanzeigen angezeigt werden

Es soll kein Trauermahl stattfinden

Es soll ein Trauermahl abgehalten werden in _____

Informationen der Betreuungsstelle zu den Vorsorgeunterlagen

Patientenverfügung:

Dieser Vordruck soll Ihnen dabei helfen, Ihren Willen bezüglich Art und Weise einer ärztlichen / medizinischen Behandlung für eingeschränkte Lebenssituationen (Grenzfälle zwischen Leben und Tod) zu dokumentieren bzw. festzulegen. Sie können ihn an Ihre individuelle Situation anpassen (also ändern/ergänzen...). Die Patientenverfügung sollte mit einer Vorsorgevollmacht zumindest für den Bereich Gesundheitssorge kombiniert werden, damit Ihr Wille durchgesetzt werden kann.

Anlage zur Patientenverfügung:

Eine Beratung zur Patientenverfügung, möglichst durch einen Arzt Ihres Vertrauens, ist empfehlenswert. Im Fall einer solchen Beratung können Sie mittels dieses Vordrucks dokumentieren, dass Sie sich gezielt und durch wen zum Hintergrund der Patientenverfügung informiert haben.

Da nicht jede denkbare Lebens- bzw. medizinische Situation im Voraus regelbar ist, muss unter Umständen in einem gerichtlichen Verfahren versucht werden, Ihren mutmaßlichen Willen in der konkreten Situation zu erforschen. Daher können Sie mit diesem Vordruck auch Personen benennen, die hierbei behilflich sein könnten, wenn diese Ihre Lebenseinstellung kennen.

Vorsorgevollmacht:

Hiermit können Sie – jederzeit widerruflich – eine Person Ihres Vertrauens (bei noch bestehender Geschäftsfähigkeit) für den zukünftigen Fall einer Hilfebedürftigkeit umfassend bevollmächtigen, für Sie zu handeln. Eine gültige Vorsorgevollmacht hat rechtlich Vorrang vor einer Betreuerbestellung. Die bevollmächtigte Person ist nur Ihnen gegenüber als Vollmachtgeber/in Rechenschaft für ihre Handlungen schuldig (ggfs. noch den Erben gegenüber). Sie sollten aber möglichst zusätzlich eine weitere Person Ihres Vertrauens mit einem separaten/weiteren Vordruck bevollmächtigen, für den Fall, dass die eigentlich als Bevollmächtigte/r vorgesehene Person nicht handlungsfähig ist.

Unter Umständen kommt als Alternative zur Vorsorgevollmacht auch eine Betreuungsverfügung dann in Betracht, wenn keine Person des „unbedingten“ Vertrauens vorhanden ist. Für ein unter Umständen erforderliches, gerichtliches Betreuungsverfahren können hiermit Wünsche zur Person des Betreuers und zur inhaltlichen Ausgestaltung der Betreuung schriftlich festgehalten werden. Den Vordruck hierzu erhalten Sie auf Anfrage von Ihrer Betreuungsstelle/-behörde.

Öffentliche Beglaubigungen bei Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen
Insbesondere für Vorsorgevollmachten aber auch für Betreuungsverfügungen (auch bei bereits errichteten) soll mit der öffentlichen Beglaubigung der Unterschrift oder eines Handzeichen vor einer Urkundsperson eine größere Akzeptanz im Rechtsverkehr erreicht werden. Bei Grundbuchangelegenheiten und Erbausschlagungen ist eine öffentlich beglaubigte bzw. beurkundete Vorsorgevollmacht erforderlich, ebenso falls es um Vollmachten für Handelsgeschäfte geht.

Durch Ihre örtliche Betreuungsbehörde dürfen Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen (kostenpflichtig: 10 € pro Vollmacht / Verfügung) öffentlich beglaubigt werden (§ 6 Abs. 2 BtBG).

Auftragsverhältnis zur Vorsorgevollmacht:

Wer eine Vollmacht erteilt, sollte mit der bevollmächtigten Person verschiedene Dinge, die nur das interne Verhältnis regeln, nicht aber gegenüber Dritten maßgeblich sind bzw. Dritte nichts angehen, regeln – und zwar separat zur erteilten Vollmacht. Eine solche – möglichst schriftliche – Regelung vermeidet Streit über die Rechte der bevollmächtigten Person und dient damit sowohl dem Schutz des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin als auch dem Schutz der bevollmächtigten Person. Der beiliegende Vordruck enthält nur einen Ausschnitt möglicher Regelungen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung einer Vorsorgevollmacht und soll Ihnen nur Anhaltspunkte dafür geben, was möglicherweise separat geregelt werden kann/sollte. Nicht im Vordruck enthalten ist aber z. B. die Frage der Erlaubnis oder des Verbots sogenannter Insichgeschäfte (§ 181 BGB), da Sie sich hierzu gezielt rechtlich beraten lassen sollten.

Weitere Informationen zu den Themen Betreuungsrecht Vorsorge bei Unfall, Krankheit, Alter
erhalten Sie von Ihrer Betreuungsstelle oder dem Verein für Betreuungen Starnberg-Landsberg e. V.

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt: (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

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...
- ich 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.
- Sonstige Anwendungssituation (eigene Beschreibung, ggfs. auf Extrablatt):

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

¹ 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 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 Wachkomapatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges 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 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. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich: (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)

Lebenserhaltende Maßnahmen

- 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.

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.

Schmerz- und Symptombehandlung³

eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber **keine** bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

ODER

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

Künstliche Ernährung⁴

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

ODER

- dass **keine** künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

³ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. Indirekte Sterbehilfe).

⁴ 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.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr⁵

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

ODER

- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

ODER

- die **Unterlassung** jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

Künstliche Beatmung

- 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.

Dialyse

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- dass **keine** Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut/Blutbestandteile

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

⁵ 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.

Wiederbelebung⁶

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

ODER

- die **Unterlassung** von Versuchen zur Wiederbelebung.
- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

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

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

ODER

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen unerwartet eintreten.

3. Ort der Behandlung, Beistand (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

ODER

- wenn irgend 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:

- Beistand durch einen Hospizdienst.

⁶ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

4. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung

- eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt
- eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt

und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten bzw. als Betreuer gewünschten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r) bzw. gewünschte/r Betreuerin/Betreuer:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

5. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. als Anlage/n beigelegt)

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

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

6. Organspende (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)

- Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.
- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu⁷. 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
 - 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**.

⁷ Vgl. § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes.

8. Aussagen zur Verbindlichkeit sowie zur Auslegung und Unterschrift

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)

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.

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 Personen besondere Bedeutung zukommen:

- meiner/ meinem Bevollmächtigten bzw. Betreuerin / Betreuer
- der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt.
- andere Person:

Datum

Unterschrift

9. Aktualisierung

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- in vollem Umfang.
- mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Arzt bzw. Ärztin meines Vertrauens:

(Name)

(Anschrift)

(Telefon)

(Telefax)

Beratung durch einen Arzt oder eine Ärztin:

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich von folgender Ärztin bzw. folgendem Arzt beraten lassen:

(Name)

(Anschrift)

(Telefon)

(Telefax)

Beratung durch andere:

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

(Name)

(Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

(Telefon)

(Telefax)

(Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

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

Befragung von Angehörigen:

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en - soweit ohne erheblichen Verzug möglich - Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

_____	_____
(Name)	(Vorname)
_____	_____
(Straße, Hausnummer)	(Postleitzahl, Ort)
_____	_____
(Telefon)	(Handy)

_____	_____
(Name)	(Vorname)
_____	_____
(Straße, Hausnummer)	(Postleitzahl, Ort)
_____	_____
(Telefon)	(Handy)

Folgende Person/en soll/en nicht zu Rate gezogen werden:

_____	_____
(Name)	(Vorname)
_____	_____
(Straße, Hausnummer)	(Postleitzahl, Ort)

_____	_____
(Name)	(Vorname)
_____	_____
(Straße, Hausnummer)	(Postleitzahl, Ort)

§ 1901b BGB – Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(Ergänzende Erläuterung:

In § 1901 a BGB sind die Regelungen zur Geltung der Patientenverfügung bzw. der Feststellung des mutmaßlichen Willens der/s Betroffenen enthalten.)

V O L L M A C H T

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. Gesundheitsorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge 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 sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung 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 oder 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. JA NEIN
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Absatz 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§1906 Absatz 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. JA NEIN

■

■

■

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, 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- oder 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. S. 31/32 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

5. Post und Fernmeldeverkehr

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

6. Vertretung vor Gericht

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

7. Untervollmacht

■ Sie darf Untervollmacht erteilen.

JA NEIN

8. Betreuungsverfügung

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

JA NEIN

9. Geltung über den Tod hinaus

■ Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

JA NEIN

10. Weitere Regelungen

■

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Auftragsverhältnis (zur Vollmacht vom _____ Datum _____)

Zwischen _____ (Vollmachtgeber/in) und _____ (Vollmachtnehmer/in)

wird folgende Vereinbarung getroffen:

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, den/die Vollmachtgeber/in in den in der Vollmacht genannten Aufgabekreisen zu vertreten. Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus; sie ist jederzeit widerruflich. Von der Vollmacht darf die bevollmächtigte Person erst Gebrauch machen, wenn der/die Vollmachtgeber/in infolge eines Unfalls, Krankheit oder aus Altersgründen nicht mehr in der Lage ist, seine/ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen.

Als Ersatzbevollmächtigte/r wird bestimmt: _____

Die ersatzweise bevollmächtigte Person darf erst handeln, wenn die vorrangig bevollmächtigte Person nicht mehr in der Lage oder willens bzw. vorübergehend verhindert ist (z.B. Urlaub oder Krankheit), die Vollmacht auszuüben. Beim Eintritt der Ersatzbevollmächtigung hat die ursprünglich vorrangig bevollmächtigte Person ggfs. die entsprechende Vollmachturkunde und alle diesbezüglichen Unterlagen an die ersatzweise bevollmächtigte Person herauszugeben. Diese Verpflichtung trifft auch die Erben der ursprünglich vorrangig bevollmächtigten Person im Falle deren Todes.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt nicht berechtigt
Untervollmacht, auch in Vermögensangelegenheiten, zu erteilen.
Die Erteilung einer Prozessvollmacht ist in jedem Fall gestattet.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt nicht berechtigt
Schenkungen im Namen des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin zu tätigen.
Der Umfang der Schenkungen wird nicht beschränkt beschränkt auf folgende Bereiche:

Das Original der Vollmacht

- wird der bevollmächtigten Person ausgehändigt.
- bleibt im Besitz des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin.
- befindet sich bei _____;

die bevollmächtigte Person kann die Urkunde heraus verlangen, wenn der Vollmachtfall eintritt. Der Eintritt des Vollmachtfalls ist hierbei nicht nachzuweisen durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Das Auftragsverhältnis kann durch den/die Auftragnehmer/in (die bevollmächtigte Person) gekündigt werden

- unter Einhaltung einer Frist von _____ Monaten
- ohne Einhaltung einer Frist unter Beachtung von § 671 BGB

Zur Abdeckung ihrer Aufwendungen kann die bevollmächtigte Person

- jährlich einen pauschalen Betrag von _____ Euro nachgewiesene Kosten
 - dem Vermögen des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin entnehmen. soll nicht
- Dieser Anspruch der bevollmächtigten Person soll soll nicht den Verjährungsvorschriften gemäß §§ 195, 207 BGB unterliegen.

Folgende Weisungen werden durch den/die Auftraggeber/in (Vollmachtgeber/in) erteilt – siehe ggfs. auch Beiblatt:

=====

(Ort, Datum)

(Vollmachtgeber/in)

(Bevollmächtigte/r)

