

# Notfallmappe

des Landkreises Fürstentum

Medikamente  
**HAUSARZT**

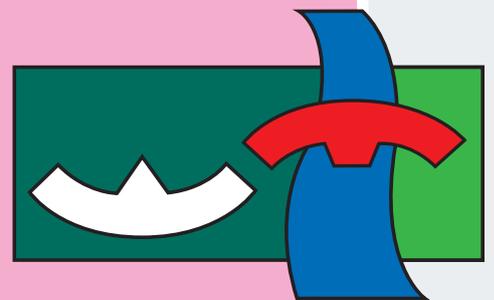
Allergie Mietvertrag

Verein **NOTARZT**

Tageszeitung Versicherung  
Beerdigung Verwandte

**KRANKENHAUS**

Sparbuch  
Vorsorge  
Haustier



# MEIN LEBEN

# **Notfallmappe**

## **von**

---

# VORWORT

Liebe Mitbürgerinnen,  
liebe Mitbürger,

mehr als sieben Jahre ist es her, dass ich Ihnen erstmals die Notfallmappe für die Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Fürstfeldbruck vorstellen durfte. Sie wurde von der Seniorensachberatung mit Unterstützung des Landkreisseniorenbeirats erarbeitet.

Das Interesse, mit Hilfe der Notfallmappe für den Ernstfall vorzusorgen, war von Anfang an sehr groß. Viele Interessierte luden sich die Mappe von der Homepage des Landratsamtes herunter, andere holten sich bei ihrer Gemeinde/Stadt oder beim Landratsamt eine der mehr als 10.000 gedruckten Exemplare ab.

Gerade die letzten Monate haben uns gezeigt, wie wichtig es ist vorzusorgen, falls wir plötzlich wegen einer Krankheit oder eines Unfalls auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Ich freue mich daher, dass ich Ihnen nun die von der Seniorensachberatung überarbeitete 2. Auflage an die Hand geben darf. Wie bisher kann sie von der Homepage des Landratsamtes unter [www.lra-ffb.de](http://www.lra-ffb.de) heruntergeladen werden. Neu ist, dass Sie die Mappe auch online ausfüllen können.

Durch die großzügige Unterstützung der Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung (s. hierzu Seite 2) werden wir die Notfallmappe in noch größerer Auflage drucken und den Bürgerinnen und Bürgern, die bisher noch keine Notfallmappe erhielten, kostenlos zur Verfügung stellen.

Nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen der Mappe. Falls notwendig, besprechen Sie Ihre Angaben mit Ihren Angehörigen bzw. Bevollmächtigten.

Bitte achten Sie immer darauf, dass Sie die Notfallmappe so aufbewahren, dass Unberechtigte keinen Zugang haben.

Ich wünsche Ihnen, dass Sie für den Notfall vorsorgen, dieser aber nie eintritt. Geben Sie auf sich Acht und kommen Sie gut durch diese, für uns alle so ungewöhnliche Zeit.

Ihr

Thomas Karmasin  
Landrat

## IMPRESSUM

Wir bedanken uns beim Landkreisseniorenbeirat für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Mappe und beim Landratsamt Schwandorf, dessen Notfallmappe eine wichtige Anregung für unsere Broschüre war.

### Herausgeber

Landratsamt Fürstfeldbruck, Münchner Str. 32, 82256 Fürstfeldbruck,  
Tel. 08141/519-0, Fax 08141/519-450, Poststelle@lra-ffb.de, www.lra-ffb.de

### Text und Redaktion

Landratsamt Fürstfeldbruck, Amt für Soziales, Seniorensachberatung

### Druck

Titel: Werbeservice!ffb, Dachauer Str. 2 RGB, 82256 Fürstfeldbruck  
Inhalt: Landratsamt Fürstfeldbruck, Hausdruckerei

### Satz und Gestaltung

Titel: Werbeservice!ffb, Dachauer Str. 2 RGB, 82256 Fürstfeldbruck  
Inhalt: Landratsamt Fürstfeldbruck, Amt für Soziales, Seniorensachberatung

**2. Auflage, 2020** Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

## Information zur Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung

Die Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung ist eine rechtfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts unter Aufsicht durch die Regierung von Oberbayern. Ihre Errichtung erfolgte durch das kinderlose Ehepaar Joachim und Adolfine Sighart, die die Stiftung testamentarisch zu ihrer Erbin bestimmten. Die Stiftung wurde nach dem Tod von Joachim Sighart († 3. Juni 2010) und seiner Frau Adolfine († 31. Mai 2013) errichtet und mit ihrem Vermögen ausgestattet.

Die Stiftung verfolgt ausschließlich und unmittelbar mildtätige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung und legt ihren Fokus insbesondere auf die Unterstützung und Förderung älterer und/oder bedürftiger Menschen im Landkreis Fürstenfeldbruck. Dabei setzt sie die Förderung und Unterstützung von Personen um, die infolge ihres Alters, ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder infolge einer materiellen Notlage auf Hilfe anderer angewiesen sind.

Joachim Sighart war jahrzehntelang Verleger des Brucker Tagblatts und hat die Zeitung später an den Münchner Merkur verkauft. Er verfolgte zeitlebens die Entwicklung des Landkreises Fürstenfeldbruck wobei ihn insbesondere die Situation sozial schwacher, alter Menschen berührte.

Das Ehepaar Sighart, das 1999 auch Gründungstifter der Bürgerstiftung für den Landkreis Fürstenfeldbruck war, lebte bis zu seinem Tod sehr zurückgezogen in Fürstenfeldbruck und hat seine letzte Ruhestätte auf dem Alten Friedhof in Fürstenfeldbruck gefunden.

Die besondere Anteilnahme der Sigharts an den sozialen Belangen der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger fand in der Errichtung der Stiftung ihren Niederschlag und ist dem ehrenamtlichen Stiftungsvorstand Richtlinie und Auftrag. Im Rahmen der jährlich zu vergebenden Fördermittel erfolgt auch die Unterstützung der Herausgabe der Notfallmappe, die der Landkreis Fürstenfeldbruck für interessierte Bürgerinnen und Bürger bereithält, die bei hoffentlich guter Gesundheit für den möglichst nicht eintretenden Fall einer eigenen Pflegebedürftigkeit und ihre Nachfolge mit Weitblick vorsorgen.

Zur Umsetzung der zahlreichen Förderungen im Landkreis Fürstenfeldbruck kooperiert die Sighart-Stiftung intensiv mit der Bürgerstiftung für den Landkreis Fürstenfeldbruck und hat u.a. den 'Sighart Fonds für Senioren' bei der Bürgerstiftung für den Landkreis Fürstenfeldbruck eingerichtet.

Aus seinen Erträgen und zusätzlichen Spenden werden Senioren in besonders schwierigen, vorzugsweise sozial- und wirtschaftlich bedürftigen Verhältnissen (Einzelfallförderung, z.B. über die Seniorenhilfe Sonnenstrahl) unterstützt und Projekte, auch Dritter, bezuschusst, die die Unterstützung und Förderung von Senioren im gesundheitlichen, sozialen, musikalischen, therapeutischen oder familiären Umfeld oder den Ausgleich sozialer Benachteiligungen von Senioren zum Ziel haben.

Weitere Informationen zum Sighart-Fonds gibt die Geschäftsstelle der Bürgerstiftung für den Landkreis Fürstenfeldbruck, Münchner Straße 5, 82256 Fürstenfeldbruck, Tel. 08141 348722 [www.buergerstiftung-lkr-ffb.de](http://www.buergerstiftung-lkr-ffb.de).

### **Text:**

Stiftungsvorstand der Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung

## Informationen zum Umgang mit der Notfallmappe

In der **Notfallmappe** bündeln Sie wichtige Informationen um im Ernstfall schnell und richtig versorgt werden zu können. Im Falle, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre Angelegenheiten ausreichend zu erledigen, erleichtern Sie es den von Ihnen Bevollmächtigten, dieses für Sie zu tun.

Die Mappe ist aufgegliedert in einen **Teil 1** mit den für den Notfall wichtigen Daten, einen **Teil 2** mit weiteren persönlichen Daten sowie verschiedenen **Anlagen** zum Entnehmen bzw. Ausschneiden.

### Besondere Hinweise:

- Die Mappe kann nur dann effektiv sein, wenn Sie alle Angaben auf den neuesten Stand halten.
- Überprüfen Sie 1x im Jahr die Gültigkeit Ihrer Angaben in der Notfallmappe.
- Spätere Korrekturen bzw. Änderungen sollten Sie mit dem Datum der Änderung kennzeichnen.
- Achten Sie darauf, dass die Daten des Notfall-/Notarztblattes und die entsprechenden Daten in der Notfallmappe nicht nur aktuell, sondern auch identisch sind.
- Sollten Sie Seiten entnehmen, vermerken Sie dieses im Inhaltsverzeichnis.
- Legen Sie die vollständig ausgefüllte **Notfall-/Notarztseite** gut sichtbar, am besten neben Ihrem Telefon, in Ihrer Wohnung aus.
- Die ausgefüllte Notfallmappe ersetzt auf keinen Fall eine in der **Anlage** beigefügte Vollmacht/Verfügung. Für Fragen hierzu, insbesondere inwieweit für Sie eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung in Frage kommt, steht Ihnen die Betreuungsstelle im Landratsamt Fürstenfeldbruck, Tel. 08141 519-825, 826 oder 810 zur Verfügung.
- Auch das **Testament** muss gesondert verfasst werden.

**Bewahren Sie die Notfallmappe und die von Ihnen getroffenen Vollmachten und Verfügungen immer so auf, dass Unberechtigte keinen Zugriff haben.**

Die Notfallmappe wurde ausgefüllt am:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

aktualisiert am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unterschrift

aktualisiert am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## Inhaltsverzeichnis:

Seite 1	Vorwort
Seite 2	Informationen zur Joachim und Adolfine Sighart-Stiftung
Seite 3	Informationen zum Umgang mit der Notfallmappe
Seite 4	Inhaltsverzeichnis
Seite 5	Inhaltsverzeichnis Anlagen
Seite 5	Für die Geldbörse

### Teil 1 **Daten für den Notfall**

Seite 7	Persönliche Daten
Seite 8	Im Notfall zu benachrichtigen
Seite 9	Hausschlüssel, Haustiere usw.
Seite 10	Wichtige Telefonnummern
Seite 11	Hausarzt / Weitere Ärzte
Seite 12	Zahnarzt / Apotheke / Therapiestellen
Seite 13	Weitere medizinische Daten
Seite 15	Medikamentenplan
Seite 16	Aktuelle ärztliche, zahnärztliche, stationäre Behandlungen
Seite 17	Maßnahmen bei einer Krankenhauseinweisung/ In das Krankenhaus sind mitzunehmen

### Teil 2 **Weitere Daten und Informationen**

Seite 19	Krankenversicherungen / Beihilfestelle
Seite 20	Pflegeversicherungen
Seite 21	Sonstige Versicherungen
Seite 25	Erwerbstätigkeit / Steuer
Seite 26	Rente / Versorgung
Seite 28	Bankverbindungen
Seite 30	Vermögen
Seite 31	Verbindlichkeiten
Seite 32	Bestehende Verträge
Seite 35	Mitgliedschaften
Seite 36	Beim Todesfall
Seite 37	Nachlassangelegenheiten
Seite 38	Folgende Verwandte sollen informiert werden
Seite 39	Folgende Bekannte und Freunde sollen informiert werden
Seite 40	Mein Leben
Seite 43	Notizen

## Inhaltsverzeichnis Anlagen:

Anlage 1	Notfall-/ Notarztblatt
Anlage 2	Vollmacht für digitale Konten
Anlage 3	Liste meiner Internet-Zugangsdaten
Anlage 4	Broschüre der Betreuungsstelle im Landratsamt Fürstfeldbruck „Eine wichtige Vorsorge“

### Zur Aufbewahrung in der Geldbörse/ bei den Ausweispapieren usw.:



<p>Ich habe eine <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p> <p>Mein Name:</p> <p>Anschrift:</p>	<p>Ich habe eine <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p> <p>Mein Name:</p> <p>Anschrift:</p>
<p><b>Meine Vertrauensperson:</b></p> <p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Telefonnummer:</p>	<p><b>Meine Vertrauensperson:</b></p> <p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Telefonnummer:</p>

---

# Notfallmappe

## Teil 1

# Daten für den Notfall

## PERSÖNLICHE DATEN

Name Vorname/n

Geburtsname Geburtsdatum Geburtsort

Familienstand Konfession

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer Handy

E-Mail-Adresse Fax

Personalausweis-/Passnummer

Schwerbehinderungen  Ja  Nein Grad der Behinderung

Name, Wohnort des Ehegatten

Telefonnummer des Ehegatten Handy des Ehegatten

Aufbewahrungsort der Heiratsurkunde/ des Stammbuches

Aufbewahrungsort des Scheidungsurteils/ der Sterbeurkunde des Ehegatten

**„Kennwort“ für PC-Zugang** \_\_\_\_\_  
(siehe Anlage 2 und 3)

Weitere Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

---

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer / Handy	E-Mail-Adresse
Verwandtschaft / Beziehung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)

---

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer / Handy	E-Mail-Adresse
Verwandtschaft / Beziehung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)

---

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer / Handy	E-Mail-Adresse
Verwandtschaft / Beziehung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)



## WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Polizei	110
Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt	112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116117
Ärztliche Notfallpraxis im Klinikum Fürstfeldbruck	08141 99 3700
Krankentransport	08141 19222
Apothekennotdienst	0800 0022833
Klinikum Fürstfeldbruck	08141 99 0
Giftnotruf	089 19240
Telefonseelsorge	0800 1110222 (katholisch) 0800 1110111 (evangelisch)
Krisendienst Psychiatrie	0180 655 3000
Sucht-Hotline	089 282822
Stadt-/Gemeindeverwaltung	_____
Polizei- und Kriminalinspektion Fürstfeldbruck	08141 6120
Polizeiinspektion Germering	089 8941570
Polizeiinspektion Olching	08142 2930
zuständiges Pfarramt	_____
Betreuungsstelle Landratsamt Fürstfeldbruck	08141 519 825, -826 oder -810
EC-Kartensperrung	116116
derzeitiger Stromversorger, Notdienst	_____
derzeitiger Gasversorger, Notdienst	_____
Tierheim Fürstfeldbruck	08141 179 1081

## WEITERE WICHTIGE TELEFONNUMMERN

---

Name	Telefonnummer / Handy
------	-----------------------

---

Name	Telefonnummer / Handy
------	-----------------------

---

## HAUSARZT

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

Handynummer

## WEITERE ÄRZTE, BEI DENEN ICH IN STÄNDIGER BEHANDLUNG BIN

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

---

Fachrichtung

in Behandlung wegen

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

---

Fachrichtung

in Behandlung wegen

---

## ZAHNARZT

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

## PFLEGEDIENST/ THERAPIESTELLE

---

Name des Pflegedienstes/der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

## APOTHEKE

---

Name der Apotheke

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

---

## WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

**Blutgruppe**

\_\_\_\_\_

**Anfallsleiden**

Ja

Nein

Nähere Beschreibung

\_\_\_\_\_

**Impfungen**

Impfbuch vorhanden

Ja

Nein

Impfbuch befindet sich

\_\_\_\_\_

**Allergien**

Ja

Nein

gegen

\_\_\_\_\_

Allergiepass vorhanden

Ja

Nein

Allergiepass befindet sich

\_\_\_\_\_

**Diabetes**

Ja

Nein

Ausweis vorhanden

Ja

Nein

Ausweis befindet sich

\_\_\_\_\_

---

## WEITERE MEDIZINISCHE DATEN

**Implantate**  Ja  Nein

---

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

---

**Transplantationen**  Ja  Nein

---

Art und Datum der Transplantation

---

**Organspendeausweis**  Ja  Nein

Ausweis befindet sich

---

### Sonstiges

---

(z.B. Vorerkrankungen, Zahnersatz usw.)

---

---

---

# MEDIKAMENTE

Wichtiges zum Medikamentenplan:

---



---



---

**Medikamentenplan vom:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

\_\_\_\_\_  
Dosierung

morgens mittags abends nachts

---

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -ambulant-

---

Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
------------------	---------	-----------------

---

Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
------------------	---------	-----------------

---

Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
------------------	---------	-----------------

---

Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
------------------	---------	-----------------

## ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN -ambulant-

---

Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
------------------	---------	-----------------

---

Behandlungsgrund	von/bis	Name des Arztes
------------------	---------	-----------------

## KLINISCHE BEHANDLUNGEN -stationär-

---

Behandlungsgrund	von/bis
------------------	---------

---

Name und Anschrift der Klinik

---

Behandlungsgrund	von/bis
------------------	---------

---

Name und Anschrift der Klinik

---

## MAßNAHMEN BEI EINER KRANKENHAUSEINWEISUNG

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten angeben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen)
- Bevollmächtigte/n, Nachbarn informieren (s. Seite 8, 9)
- Falls notwendig, Pflegedienst benachrichtigen (s. Seite 12)

### In das Krankenhaus sind mitzunehmen:

- Notfall-/ Notarztblatt (s. Anlage 1)
- Vorbefunde, Röntgenbilder
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung
- Personalausweis oder Reisepass
- Ein-/Überweisungsschein des Arztes
- Krankenversichertenkarte
- Krankenzusatzversicherung (Nachweis)
- Toilettenartikel
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, warme Socken, Hausschuhe
- Bequeme Kleidung für den Aufenthalt auf der Station bzw. Entlassung
- Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe, sonstige Hilfsmittel
- Bisher einzunehmende Medikamente samt Medikamentenplan (s. Seite 15)
- Geld (nur geringen Betrag)
- EC-Karte
- Handy, Kopfhörer, Ladekabel
- Was zum Lesen

---

# Notfallmappe

## Teil 2

# Weitere Daten und Informationen

---

# KRANKENVERSICHERUNG/ BEIHILFESTELLE

## Krankenversicherung

gesetzlich     privat     freiwillig

Name der Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich \_\_\_\_\_

## Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

## Beihilfestelle-/ Versicherung

Name der Beihilfestelle-/ Versicherung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Personalnummer \_\_\_\_\_

---

# PFLEGEVERSICHERUNGEN

## Pflegeversicherung

Name der Pflegeversicherung

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

Versichertennummer

---

Pflegegrad

1     2     3     4     5

## Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

Versicherungsnummer

---



---

### Bestattungsvorsorge-/ Sterbeversicherung

Name / Anschrift Bestattungsunternehmen \_\_\_\_\_

Name / Anschrift Versicherung \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Name                      Telefonnummer

### Privathaftpflichtversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Name                      Telefonnummer

### Hausratversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Name                      Telefonnummer

---

## Brandversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Name

Telefonnummer

## Wohngebäudeversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Name

Telefonnummer

## Kfz-Versicherung

Kfz-Kennzeichen / Typ \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Name

Telefonnummer



---

## ERWERBSTÄTIGKEIT

Arbeiter(in)    Angestellte(r)    Beamte(r)

### Arbeitsstelle

Name und Anschrift

---

Telefonnummer

---

Personalnummer

---

Sozialversicherungsnummer

---

**als Selbständige(r)** (Gewerbe, Landwirtschaft usw.)

**Art der Tätigkeit / Branche**

---

Anschrift der Firma

---

zuständiges Finanzamt

---

Handelsregister

---

weitere Angaben

---

### Nebentätigkeit

**Beschreibung der Tätigkeit**

---

weitere Angaben

---

---

### Steuer

Zuständiges Finanzamt

---

Steuernummer

---

Steuer-Identifikationsnummer

---

---

## RENTE/ VERSORGUNG

### Gesetzliche Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger

---

Versicherungsnummer

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

### Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde

---

Personalkennziffer

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

### Betriebsrente/ Zusatzversorgung

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

### Berufsständische Versorgung

Versorgungskammer

---

Aktenzeichen

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

---

**Witwen-/ Witwerrente**

Rentenversicherungsträger

---

Versicherungsnummer

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

**Riesterrente**

Versicherungsgesellschaft

---

Versicherungsnummer

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

**Grundsicherung im Alter/ Sozialhilfe**

Zuständige Behörde

---

Anschrift

---

Sachbearbeiter/in, Aktenzeichen

---

Telefonnummer

---

**Sonstige Versorgung/  
Einkommen aus Verträgen**

Leistungsverpflichtete/r

---

Vertrag vom

---

Art der Leistung

---

---

**Bankverbindungen**       Girokonto     Sonstiges \_\_\_\_\_

Name der Bank \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle in \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bankvollmacht erteilt                       ja                                       nein

---

Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten

**Bankverbindungen**       Girokonto     Sonstiges \_\_\_\_\_

Name der Bank \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle in \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bankvollmacht erteilt                       ja                                       nein

---

Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten

**Bankverbindungen**       Girokonto     Sonstiges \_\_\_\_\_

Name der Bank \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle in \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bankvollmacht erteilt                       ja                                       nein

---

Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten

---

### Kreditkarten

Anbieter \_\_\_\_\_

Kartenummer \_\_\_\_\_

Anbieter \_\_\_\_\_

Kartenummer \_\_\_\_\_

### Bausparvertrag

Name \_\_\_\_\_

Bausparnummer \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

### Sonstiges

Bankschließfach, Depot, Wertpapiere, Aktien usw.

---

---

---

---

---

---

---

---

# VERMÖGENSAUFSTELLUNG

## Grund- und Immobilieneigentum

In meinem Besitz befinden sich folgende Immobilien / Grundbesitz

			<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Art	Gemarkung	Flurnummer	
Art	Gemarkung	Flurnummer	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Art	Gemarkung	Flurnummer	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Art	Gemarkung	Flurnummer	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer

## Sonstiges Vermögen (z.B. Schmuck, wertvolle Bilder, Sammlungen)

---



---



---



---



---



---



---

---

## VERBINDLICHKEITEN

---

Darlehensgeber

---

Darlehensbetrag

---

Darlehensgeber

---

Darlehensbetrag

---

Darlehensgeber

---

Darlehensbetrag

---

Darlehensgeber

---

Darlehensbetrag

Weitere Angaben

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## BESTEHENDE VERTRÄGE

z.B. für Miete, Strom, Gas, Telefon, Internet, Tageszeitung usw.

### Miete

Name des Vermieters

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

### Strom

Anbieter / Vertragspartner

---

Kundennummer

---

Anschrift

---

### Gas

Anbieter / Vertragspartner

---

Kundennummer

---

Anschrift

---

### Kaminkehrer

Name des Kaminkehrers

---

Kundennummer

---

Anschrift

---

### Handy

Handynummer

---

Anbieter / Vertragspartner

---

Kundennummer

---

Anschrift / E-Mail

---

Telefonnummer

---

---

### Telefon

Festnetznummer \_\_\_\_\_  
Anbieter / Vertragspartner \_\_\_\_\_  
Kundennummer \_\_\_\_\_  
Anschrift / E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

### Internet (s. Anlage 2)

E-Mailadresse \_\_\_\_\_  
Anbieter / Vertragspartner \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Kundennummer \_\_\_\_\_

### Rundfunk/ Fernseher

Vertragspartner  ARD/ZDF Deutschlandradio  
Beitragsnummer \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

### Rundfunk/ Fernseher Privatsender

Anbieter / Vertragspartner \_\_\_\_\_  
Kundennummer \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

### Tageszeitung

Verlag / Name der Zeitung \_\_\_\_\_  
Kundennummer \_\_\_\_\_  
Anschrift/ E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

---

## Zeitschriften

Name der Zeitschrift \_\_\_\_\_

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift / E-Mail \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Name der Zeitschrift \_\_\_\_\_

Anbieter / Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift / E-Mail \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

## Sonstige Verträge

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Anbieter / Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift / E-Mail \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Vertragsgegenstand \_\_\_\_\_

Anbieter / Vertragspartner \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Anschrift / E-Mail \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

---

# MITGLIEDSCHAFTEN

in Vereinen, Verbänden usw.

**Mitglied bei**

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

---

---

---

---

**Mitglied bei**

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

---

---

---

---

**Mitglied bei**

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

---

---

---

---

**Mitglied bei**

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

---

---

---

---

**Mitglied bei**

Mitgliedsnummer

Anschrift

Telefonnummer

---

---

---

---

## IM TODESFALL

Die Angaben des Verstorbenen in dieser Notfallmappe und die folgenden Hinweise sollen Ihnen helfen, alle wichtigen **Aufgaben** zu erledigen:

- Bei einem Todesfall zu Hause ist innerhalb von vier Stunden der Hausarzt wegen der Ausstellung der Todesbescheinigung zu verständigen. Ist dieser nicht zu erreichen, Notrufnummer 112 anrufen. Bei einem Todesfall im Krankenhaus wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
- Nächste Angehörige und Freunde benachrichtigen.
- Bestattungsunternehmen auswählen, Termin vereinbaren.
- Wünsche des Verstorbenen beachten (Bestattungsart, Reihen- oder Familiengrab usw.)
- Spätestens am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen (Achtung: Sterbeort ist nicht immer Wohnort). Beachten Sie, dass außer der Renten- und Sozialversicherung auch andere Stellen die Vorlage einer Sterbeurkunde im Original benötigen.

Hierzu folgende Unterlagen mitnehmen:

- Todesbescheinigung
  - Personalausweis des/der Verstorbenen
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen
  - Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
  - Scheidungsurteil, falls geschieden und nicht wieder verheiratet
  - Sterbeurkunde des Ehegatten, falls die/der Verstorbene verwitwet war
  - Mitteilung über die letzte Rentenanpassung
- 
- Nach der Beurkundung des Sterbefalles von der Friedhofsverwaltung (Gemeinde- oder Kirchenverwaltung) die Lage des Grabes und den Tag der Beisetzung erfragen.
  - Todesanzeige bei der Tageszeitung aufgeben.
  - Ansprüche bei privaten Lebens- und Sterbeversicherungen prüfen.
  - Banken, Kündigung laufender Abbuchungsaufträge.
  - Schriftliche Benachrichtigung des Rentenversicherungsträgers sowie aller Versicherungen, bei welchen für die/den Verstorbene/n Verträge bestanden.
  - Schriftliche Kündigung laufender Verträge.
  - Falls Mitgliedschaft, Information an die Vereine.
  - Witwen-/Witwerrente beantragen – bei Fragen, Termin mit Rentenberatungsstelle im Rathaus vereinbaren.

- Falls notwendig, bei der Post einen Nachsendeauftrag an die/den Bevollmächtigte/n stellen
- Falls Testament vorhanden, dieses beim zuständigen Amts-/ Nachlassgericht abgeben.
- Wird Erbschein benötigt, diesen beim zuständigen Nachlassgericht beantragen.

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

### Mein Bestattungswunsch:

Erdbestattung                       Feuerbestattung                       Sonstige

---

---

Meine letzte Ruhestätte habe ich ausgewählt/ bereits erworben

\_\_\_\_\_  
(Name und Ort des Friedhofes/ Grabstätte)

Ich habe eine Sterbeversicherung                       ja                       nein

### Nachlassangelegenheiten

**Testament**     ja                       nein

Mein Testament ist hinterlegt bei \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

## IM FALLE MEINES TODES SOLLEN FOLGENDE BEKANNTE UND FREUNDE INFORMIERT WERDEN

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

---

## MEIN LEBEN

Angaben für die Ansprache bei der Beerdigung, falls persönliche Worte / Hinweise gewünscht werden.

Name

Geburtsname

Vorname

---

Anschrift

---

geboren am

Geburtsort

---

Geschwister

---

Kindheit, Schul- und Jugendzeit

---

---

---

---

---

---

---

Heirat am

Wo?

---

Name des Ehepartners

Geburtsname

---

Falls Ehepartner verstorben: Wann?

---

Kinder

---

Erlerner Beruf

---

Welche Tätigkeit wurde bis zum Ruhestand ausgeübt?

---

Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand?

---

Liebblings- oder Freizeitbeschäftigung

---

---

---

---

Tätigkeit in folgenden Vereinen (evtl. in welcher Position)?

---

---

Durchgestandene schwere Krankheiten?

---

---

Besondere Erlebnisse / Schicksalsschläge?

---

---

Ehrenamtliche Tätigkeiten?

---

---

---

Was sollte zusätzlich noch erwähnt werden?

---

---

---

---



# NOTFALL-/ NOTARZTBLATT (zum Herausnehmen)

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon zu Hause: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Versichertenkarte befindet sich: \_\_\_\_\_

Konfession:  katholisch  evangelisch  \_\_\_\_\_

pflegebedürftig:  ja  nein Pflegegrad: \_\_\_\_\_

ich lebe alleine in der Wohnung

ich lebe zusammen mit \_\_\_\_\_  
Name, Telefon, Handy

## Grunderkrankungen/Diagnosen/Allergien

\_\_\_\_\_

Name, Telefon des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnprothese/Implantat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialysepatient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Impfausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Port	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Medikamentenplan:

Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Krankenhausaufenthalt erwünscht:  ja  nein Reanimation erwünscht:  ja  nein

Notfallmappe vorhanden  ja  nein Aufbewahrungsort \_\_\_\_\_

Vertrauensperson \_\_\_\_\_  
Name, Telefon, Beziehungsverhältnis

Ich bin damit einverstanden, dass dieses Blatt im Notfall dem Rettungsdienst/Notarzt/Krankenhaus ausgehändigt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

---

## Vollmacht für digitale Konten

Ich, \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

bevollmächtige hiermit zur Verwaltung meiner digitalen Vorsorge und meines digitalen Nachlasses nachfolgende Vertrauensperson:

Frau/ Herrn \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Oben Genannte/r wird bevollmächtigt, meine digitale Vorsorge zu Lebzeiten und auch meinen digitalen Nachlass im Falle meines Todes zu regeln. Die Vertrauensperson kennt den Aufbewahrungsort der Liste meiner Accounts. Diese Vollmacht ist nur wirksam, wenn die Vertrauensperson das Original dieser Vollmacht besitzt und sie auf Verlangen vorlegen kann. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

Unterschrift



# Eine wichtige Vorsorge

Vorsorge-  
vollmacht

Betreuungs-  
verfügung

Patienten-  
verfügung

**Die Betreuungsstelle im Landratsamt informiert**

## Ihre Ansprechpartner

im Landratsamt Fürstenfeldbruck

Betreuungsstelle  
Münchner Straße 32  
82256 Fürstenfeldbruck

**Frau Fisch** Tel. 08141 519-825

**Herr Steen** Tel. 08141 519-826

**Frau Woltz** Tel. 08141 519-810

Fax: 08141 519-219 850

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dieser Broschüre stellen wir Ihnen die rechtliche Seite dar und zeigen Möglichkeiten zu diesem Themenkreis auf.

Anhand von Beispielen und praktischen Tipps soll es Ihnen erleichtert werden, eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung oder eine Patientenverfügung auf Ihre ganz persönliche Lebenssituation abzustimmen.

Es ist uns bewusst, dass wir mit den im Anhang befindlichen Mustern für Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung nur allgemeine Möglichkeiten aufzeigen können. Wenn eines der Muster auf Ihre persönliche Situation zutrifft, so können Sie dieses -wie vorformuliert- verwenden und auch herauskopieren, um evtl. noch weitere Personen in Ihrem persönlichen Umfeld von der Wichtigkeit dieser Vorsorge überzeugen zu können. Ansonsten sollen Ihnen diese Muster als Leitfaden dienen, anhand derer Sie dann Ihre eigene Vorsorge treffen können.

Wenn Sie zu dieser Thematik noch Fragen haben, wenden Sie sich an uns oder lassen sich durch einen Rechtsanwalt bzw. Notar beraten.

Es ist uns ein Anliegen auf folgendes hinzuweisen:

Aus Gründen der Rechtssicherheit und besseren Lesbarkeit haben wir in dieser Broschüre ausschließlich die männliche Form verwandt. Alle Leserinnen und Vollmachtgeberinnen bzw. Vollmachtnehmerinnen mögen uns dieses nachsehen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Betreuungsstelle  
im Landratsamt Fürstenfeldbruck

## Inhaltsverzeichnis

Ihre Ansprechpartner	2
Vorwort	2
Inhalt	3
Vorsorgevollmacht, Bereuungs- und Patientenverfügung, eine ganz persönliche Entscheidung	4
Juristische Vorsorge	5
Vorsorgevollmacht	6-10
Betreuungsverfügung	11-12
Gegenüberstellung von Vorsorgevollmacht und Betreuung	12
Patientenverfügung	13-15
Muster Ausweis	16
Muster Vorsorgevollmacht	17-22
Muster Kombination aus Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung	21-23
Erklärung zur Organspende	24
Muster Betreuungsverfügung	25-26
Impressum	27

## **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung, eine ganz persönliche und individuelle Angelegenheit**

„Ein Testament machen“ - das heißt zu Lebzeiten regeln, was mit dem Nachlass geschehen soll - ist für viele ein ganz normaler Vorgang.

Was aber ist, wenn man durch einen Unfall, eine Krankheit oder altersbedingt plötzlich nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selber zu regeln ?

Hier kann jeder schon in „guten Tagen“ durch eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung und/oder durch eine Patientenverfügung für den Fall dieser „Hilfebedürftigkeit“ vorsorgliche Anordnungen treffen. Diese Vorsorge wird vielfach auch als „Alterstestament“ bezeichnet. Der Gesetzgeber hat einer solchen „Hilfebedürftigkeit“ durch die mögliche Bestellung eines Betreuers Sorge getragen.

**Gleichzeitig wird aber im Gesetz darauf hingewiesen, dass die Erteilung einer Vollmacht durch den Betroffenen und/oder andere Hilfen immer den Vorrang vor einer Betreuung haben. Mit einer Vorsorgevollmacht regeln Sie selber wer in welchem Umfang für Sie tätig werden darf. Eine Beteiligung des Betreuungsgerichts ist dann nicht mehr notwendig.**

Sollten Sie keine Vertrauensperson bevollmächtigen wollen oder können, kommt es bei eigener Handlungsunfähigkeit zu einer rechtlichen Betreuung. Hier können Sie im Vorfeld durch rechtzeitig geäußerte Wünsche in einer sog. Betreuungsverfügung mit Vorschlägen zur Person des Betreuers und zur Gestaltung der Betreuung gezielt Einfluss nehmen.

So kann etwa festgelegt werden, wer gegebenenfalls Betreuer werden soll. Zumeist wird hier vorrangig an den Ehegatten oder nahe Verwandte gedacht. Jedoch sollte nicht vergessen werden, dass der Vorgeschlagene in einer Betreuungsverfügung oder der Benannte in einer Vorsorgevollmacht möglicherweise aus Altersgründen im späteren „Ernstfall“ vielleicht nicht mehr in der Lage sein kann, diese Aufgabe zu übernehmen. Vorsorglich sollte dann an zweiter Stelle eine andere gewünschte Person benannt werden.

Diese wichtige Vorsorge ist nicht an ein bestimmtes Alter oder Lebensabschnitt gebunden. Eigentlich sollte es für jeden Menschen, der volljährig ist, selbstverständlich sein in diesem Sinne Vorsorge zu treffen.

**Voraussetzung für diese Vorsorge ist, dass die vorsorgende Person zum Zeitpunkt der Erstellung einer Vorsorgevollmacht noch im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte ist.**

## Juristische Vorsorge

kann bestehen in einer Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

- **Vorsorgevollmacht**

Eine rechtzeitig erteilte Vollmacht verhindert die Anordnung einer Betreuung.

Der Bevollmächtigte handelt im Namen der hilfebedürftigen Person nach den Vorgaben des erteilten Auftrags. Eine Überwachung durch das Vormundschaftsgericht ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

- **Betreuungsverfügung**

Lässt die Bestellung eines Betreuers zu; die Person des Betreuers wird nach den Wünschen der zu betreuenden Person ausgewählt. Der Betreuer handelt im Namen der hilfebedürftigen Person nach den Vorgaben des Bürgerlichen Gesetzbuchs und den Vorschlägen der Betreuungsverfügung. Der Betreuer unterliegt der Überwachung durch das Betreuungsgericht.

Daneben kann Vorsorge getroffen werden zur:

**Bestimmung der medizinischen Behandlung** durch eine sogenannte **Patientenverfügung** oftmals auch als **Patiententestament** bezeichnet.

# Vorsorgevollmacht

## Bedeutung der Vollmacht

Der Sinn einer Vorsorgevollmacht besteht darin, in Zeiten der geistigen Frische für den Fall einer alters-, gesundheits- oder unfallbedingten Gebrechlichkeit durch die Beauftragung einer bestimmten Person den Eintritt einer gerichtlichen Betreuung zu umgehen.

Man spricht deshalb von einer **Vorsorgevollmacht**, weil der Bevollmächtigte erst dann handeln soll, wenn beim Vollmachtgeber selbst Geschäfts- oder Handlungsunfähigkeit eintritt.

## Umfang der Vollmacht

Der Gesetzgeber hat nicht bestimmt, wie diese Vollmacht ausgestaltet sein soll.

Man kann eine umfassende Vertretungsvollmacht erteilen, diese aber auch auf bestimmte Bereiche beschränken. In letzterem Fall kann aber eine Betreuung nicht vollständig verhindert werden, wenn die Besorgung solcher Aufgaben erforderlich wird, welche nicht durch die Vollmacht abgedeckt sind.

Da sich eine staatliche Betreuung erübrigen soll, und die im Vorsorgefall zu erledigenden Angelegenheiten im Einzelnen nicht vorhersehbar sind, wird der Umfang einer Vorsorgevollmacht in der Regel sehr weit gespannt sein. Es wird sich im Allgemeinen um eine **Generalvollmacht** handeln müssen.

Problematisch stellt sich aber gerade der Umfang der Vollmacht dar. Sie kann sich auf alle Vermögensangelegenheiten und persönliche Angelegenheiten erstrecken. Handelt es sich hierbei um höchstpersönliche Geschäfte, wie z.B. der Errichtung eines Testaments, so scheitert jede Art einer Stellvertretung (§ 2064 BGB).

Sehr sensibel sind die Bereiche **Gesundheit** und **Heilbehandlung**, sowie **freiheitsentziehende** oder **freiheitsbeschränkende Maßnahmen**. Bejaht man eine Erstreckung der Vorsorgevollmacht auf diese Gebiete, so könnte der Bevollmächtigte im Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Vollmachtgebers an dessen Stelle befinden, ob und in welchem Umfang ärztliche Untersuchungen oder Eingriffe vorgenommen werden oder nicht. Auch läge dann die Entscheidung beim Bevollmächtigten, ob der Betroffene sich z. B. in einer „geschlossenen“ Einrichtung aufzuhalten hat, oder ob er durch Anbringen von Bettgittern und/oder Fixiergurten in seiner Freiheit beschränkt werden darf.

Bei letzterem ist aber immer auch eine richterliche Genehmigung erforderlich. So hat das Landgericht Stuttgart, bestätigt durch das Oberlandesgericht Stuttgart festgestellt, dass sich eine Vollmacht auch auf freiheitsentziehende Maßnahmen wie Bettgitter und Fixiergurte erstrecken kann, wenn diese ausdrücklich in der Vollmacht angesprochen sind und bei Vollmachtserteilung unzweifelhaft Geschäftsfähigkeit vorgelegen hat.

Ähnlich liegt der Fall bei einer Vollmacht zur Entscheidung über **ärztliche Untersuchungen** und **Eingriffe**. Zunächst kommt es wieder auf den Willen des Betroffenen an, soweit dieser die Tragweite der Maßnahme erfassen kann. Auch hier wird erst dann ein Vertreter gefordert, wenn die Einwilligungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist.

Die in diesem Zusammenhang strittigen Frage hat der Gesetzgeber mit dem **Betreuungsänderungsgesetz**, das ab 01.01.1999 in Kraft ist, Rechnung getragen. Hier wurde in das Gesetz eingefügt, dass ein Bevollmächtigter in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine **Heilbehandlung** oder einen **ärztlichen Eingriff**, sowie in eine **freiheitsentziehende Maßnahme** einwilligen kann, sofern die Vollmacht schriftlich erteilt wurde und die erforderliche Maßnahme ausdrücklich umfasst ist. Allerdings unterliegt nach diesem Gesetz der Bevollmächtigte den **betreuungsgerichtlichen Genehmigungen** in gleicher Weise wie ein Betreuer.

Sollte sich z. B. der behandelnde Arzt und die bevollmächtigte Person nicht auf eine Behandlung einigen können, so kann auch hier eine gerichtliche Entscheidung eingeholt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass im Vermögensbereich eine Bevollmächtigung zweifelsfrei erfolgen kann.

Im Bereich der Einwilligung in ärztliche Untersuchungen und Eingriffe, sowie freiheitsentziehende Maßnahmen dürfte die Rechtslage durch die genannte Gesetzesänderung geklärt sein. Jedoch müssen diese Bereiche ausdrücklich in der Vollmacht bezeichnet sein. Die Errichtung einer „Generalvollmacht zur Regelung aller denkbaren Angelegenheiten“ reicht nach derzeitiger Rechtsprechung nicht aus.

## Form der Vollmacht

Nach derzeitiger Rechtslage kann eine Vorsorgevollmacht formlos erteilt werden, somit auch mündlich. Dennoch sollte sie zumindest schriftlich abgefasst sein, um sie bei Bedarf auch nachweisen zu können, insbesondere da das Betreuungsänderungsgesetz in den vorseitig dargestellten Bereichen ausdrücklich die Schriftform verlangt.

Soweit der Bevollmächtigte z. B. auch im Grundbuchverkehr oder bei anderen Rechtsgeschäften bei denen eine notarielle Beteiligung erforderlich ist, tätig werden soll, muss die Unterschrift des Vollmachtgebers notariell oder öffentlich beglaubigt oder die gesamte Vollmacht notariell beurkundet sein.

Für die öffentlichen Beglaubigungen von Vorsorgevollmachten sind die Urkundspersonen bei den Betreuungsbehörden zuständig.

Zur Beurkundung ist eine telefonische Terminvereinbarung notwendig.

## Geschäftsfähigkeit bei Vollmachtenerteilung

Nur ein Geschäftsfähiger kann wirksam eine Vollmacht erteilen. Nun ist zwar nach dem Gesetz jeder volljährige Mensch geschäftsfähig, allerdings schafft § 104 Ziff. 2 BGB eine Ausnahme:

*„Geschäftsunfähig ist, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.“*

Dieses bedeutet einmal, dass eine Vollmacht **„rechtzeitig“** erteilt werden sollte, nicht erst dann, wenn man schon „am Rande der Geschäftsunfähigkeit“ steht.

Außerdem kann es erforderlich sein, dass man in Zweifelsfällen die vorhandene Geschäftsfähigkeit bei Errichtung der Vollmacht nachweisen muss.

Zu diesem Zweck ist es sinnvoll, wenn man bei der Vollmachtenerteilung z. B. den Hausarzt zuzieht und gegebenenfalls einen **„Errichtungszeugen“** einbindet, der eine nach seiner Ansicht vorhandene Geschäftsfähigkeit bestätigt.

Bei einer notariellen Beurkundung der Vollmacht muss sich der Notar nach dem Beurkundungsgesetz von der Geschäftsfähigkeit überzeugen und diese auch vermerken.

## Inkrafttreten einer Vorsorgevollmacht

Eines der zentralen Gestaltungsprobleme der Vorsorgevollmacht besteht in der Regelung des Zeitpunktes ihres Inkrafttretens.

Errichtet man die Vollmacht in Vorsorge für die Zeit, in der man selber nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten ausreichend zu besorgen, möchte man vermeiden, dass der Bevollmächtigte jetzt schon als Vertreter tätig werden kann. Andererseits soll er sofort handeln können, wenn die Hilflosigkeit eintritt. Diese Problematik kann nicht vollständig zufriedenstellend gelöst werden.

Es spricht aber nichts dagegen, dass man im „**Innenverhältnis**“ eine Bedingung einbringt. Dem Bevollmächtigten z.B. aufgibt, erst dann von dieser Vollmacht Gebrauch zu machen, wenn der beschriebene Zustand eingetreten ist (**Weisung im Auftragsverhältnis**).

Der Vorteil besteht darin, dass im Rechtsverkehr der Eintritt dieser Bedingung nicht nachzuweisen ist und somit der Bevollmächtigte im plötzlich eintretenden Vorsorgefall sofort aktiv werden kann.

Der bestehende Nachteil darf jedoch nicht verschwiegen werden. Der Bevollmächtigte kann ab Erteilung der Vollmacht von dieser Gebrauch machen - **auch weisungswidrig** -, obwohl er dies noch gar nicht soll.

Diese Gestaltung sollte daher nur dann angewendet werden, wenn zum Bevollmächtigten ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht.

Als weitere Möglichkeit bietet sich an, eine Vollmacht **unbedingt** (ohne Bedingung) zu erteilen, diese aber dem Bevollmächtigten noch nicht auszuhändigen.

Man kann bei dieser Variante dem Bevollmächtigten erklären, dass ihm eine Vollmacht mit einem bestimmten Inhalt erteilt wird und sich diese Urkunde an einem bestimmten Ort befindet. Von dieser darf aber erst dann Gebrauch gemacht werden, wenn die genannten Umstände eingetreten sind.

Zwar ist auch hier die Vollmacht bereits wirksam erteilt, und der Bevollmächtigte kann im Namen des Ausstellers handeln. Diesem Handeln werden aber häufig Grenzen gesetzt sein, da er seine Vertretungsmacht nicht nachweisen kann.

Dieser Zustand kann noch verstärkt werden, wenn man in die Vollmacht aufnimmt, dass sie nur dann gelten soll, wenn der Bevollmächtigte im Besitz des Originales ist.

Als letzte, sicherste und beste Variante darf auf die notariell beurkundete Vollmacht mit verzögerter Aushändigung hingewiesen werden.

Lässt man die Vollmacht beurkunden, so könnte man ihre Wirksamkeit davon abhängig machen, dass der Bevollmächtigte eine Ausfertigung der Vollmachtsurkunde besitzt. Gleichzeitig weist man den Notar an, dem Bevollmächtigten erst dann eine solche zu erteilen, wenn dieser durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachweist, dass der Vollmachtgeber nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selber zu besorgen.

---

## Zur Person des Bevollmächtigten

Der Bevollmächtigte sollte eine **Vertrauensperson** sein, schon wegen der genannten Risiken. Eine Absprache mit ihm dürfte die Regel sein.

Auch empfiehlt es sich, die Reaktionen weiterer Familienangehöriger zu bedenken oder die Sachlage mit ihnen zu besprechen.

Neben der Vollmacht ist im **Grundverhältnis** (dem Auftrag) zu klären, welche **Weisungen** oder **Wünsche** der Bevollmächtigte zu beachten hat und wie seine Vergütung geregelt werden soll.

Klare Verhältnisse sollten herrschen, denn sie ersparen spätere Missverständnisse.

Natürlich kann man auch **mehrere Personen** bevollmächtigen. Entweder zu einer gemeinschaftlichen Vertretung oder man gibt jedem ein Alleinvertretungsrecht. Auch kann man ein gemeinschaftliches Handeln nur für bestimmte Geschäfte vorschreiben. Hier sollte man jedoch bedenken, dass eine Bevollmächtigung auch immer praktikabel sein muss.

Daher sollte man sich überlegen, ob man nicht eher die Form der **Ersatzbevollmächtigung** wählt. In diesem Fall kann ein „Ersatzbevollmächtigter“ tätig werden, wenn der zunächst Bevollmächtigte ausfällt.

Daher empfehlen wir eine klare Reihenfolge und Vertretungsregelung festzulegen, um Missverständnisse zu vermeiden.

## Überwachung des Bevollmächtigten

Der Bevollmächtigte wird grundsätzlich nur durch den Vollmachtgeber überwacht. Dieses ist bei der Vorsorge insoweit schwierig, da dieser dann dazu nicht mehr in der Lage sein wird.

Möglich wäre die Bevollmächtigung einer Person zur Überwachung des (Haupt) Bevollmächtigten. Dabei kann man diesem auch das Recht einräumen, die erteilte (Haupt) Vollmacht zu widerrufen, falls dieses erforderlich sein sollte. In diesem Fall käme es dann zu einer rechtlichen Betreuung.

Als gerichtliches Mittel gibt es die **Kontroll-** bzw. **Überwachungsbetreuung**. Diese kann das Betreuungsgericht anordnen, wenn es zur Überzeugung gelangt, dass der Bevollmächtigte **missbräuchlich** oder nicht im Sinne und zum Wohl des Hilfebedürftigen handelt.

Der Kontrollbetreuer kann auch, wenn erforderlich, die Vollmacht widerrufen, was wiederum zu einer „normalen“ rechtlichen Betreuung führt.

# Betreuungsverfügung

Wenn man für den Fall des Eintritts der eigenen Hilfsbedürftigkeit keine Person seines Vertrauens benennen kann oder möchte, so kann man durch eine Betreuungsverfügung Einfluss auf die dann durch das Gericht einzusetzende Person des Betreuers und die Führung der Betreuung nehmen.

## Umfang der Betreuungsverfügung

Das Betreuungsgericht bestellt einen Betreuer, der **geeignet** ist, in den dann notwendigen und **gerichtlich bestimmten Aufgabenkreisen** die Angelegenheiten der rechtlich zu Betreuenden zu besorgen.

Soweit der Betroffene in einer Betreuungsverfügung Vorschläge in Bezug auf eine bestimmte Person ausgesprochen hat, **muss** das **Betreuungsgericht dies beachten**, soweit der Vorschlag nicht dem Wohle des Betreuten zuwiderläuft.

Der Betroffene selbst bestimmt somit im Vorfeld in einer Betreuungsverfügung die Person des Betreuers.

In § 1901 Abs. 3 BGB wird bestimmt, dass der Betreuer **Wünschen des Betreuten** zu entsprechen hat, soweit diese dessen **Wohl nicht zuwiderlaufen** und dieses **dem Betreuer zuzumuten ist**. Gleiches gilt auch für Wünsche und Anregungen, welche der Betroffene bereits in einer **Betreuungsverfügung** geäußert hat. Somit kann rechtzeitig Einfluss auf die **Gestaltung** der Betreuung genommen werden; man kann **Richtlinien** vorgeben wie die Betreuung geführt werden soll.

Beispiele für Regelungen:

- Will der Betroffene solange wie möglich in der eigenen Wohnung bleiben oder im Bedarfsfall lieber in einer bestimmten Einrichtung leben?
- Soll das Vermögen eher sparsam verwendet werden?
- In welchem Umfang sollen z. B. Geburtstagsgeschenke z. B. an Kinder oder Enkelkinder geleistet werden solange dieses möglich ist?

**Dieses und noch vieles mehr - je nach persönlicher Situation - kann Gegenstand einer Betreuungsverfügung sein.**

## Form der Betreuungsverfügung

Eine bestimmte Form ist im Gesetz nicht vorgeschrieben. Allerdings sollte die Betreuungsverfügung, schon zu Beweis Zwecken, schriftlich abgefasst werden. Eine notarielle Mitwirkung ist nicht erforderlich.

Die Betreuungsverfügung kann zu Hause aufbewahrt oder einer Person des Vertrauens zur Verwahrung übergeben werden.

Nach § 1901 a BGB muss jeder, der eine Betreuungsverfügung besitzt, diese unverzüglich dem **Betreuungsgericht abliefern, nachdem er von der Einleitung** eines Betreuungsverfahrens Kenntnis erlangt hat.

## Einsichtsfähigkeit des Betreuten

Da es in der Betreuungsverfügung regelmäßig um Vorschläge und Wünsche des Betreuten, nicht aber um ein rechtsgeschäftliches Handeln geht, ist das Vorliegen einer Geschäftsfähigkeit beim Erstellen nicht unbedingt erforderlich.

Es muss ausreichen, wenn der Betroffene die Einsichtsfähigkeit in die von ihm geforderten Maßnahmen hat und zumindest die Folgen seiner Vorstellung klar einschätzen kann.

## Überwachung des Betreuers

Der Betreuer ist gesetzlicher Vertreter des Betreuten in den zugewiesenen Aufgabenkreisen.

Er unterliegt der Überwachung durch das Betreuungsgericht in persönlichen wie auch vermögensrechtlichen Bereichen. In seiner Vertretungsmacht ist der Betreuer häufig durch betreuungsgerichtliche Genehmigungen beschränkt, da es dann der gerichtlichen Genehmigung bedarf.

# Gegenüberstellung von Vorsorgevollmacht und Betreuung

Durch die rechtzeitige Vollmachtserteilung kann in Ausübung des Selbstbestimmungsrechts eine staatliche Intervention in private und familiäre Angelegenheiten vermieden werden. Man kann selbst eine Vertrauensperson bestimmen und mit ihr alle Vorstellungen der späteren Vertretung besprechen. Auch kann der Bevollmächtigte sofort handeln, wenn der Vorsorgefall eintritt, während die Betreuung erst in die Wege geleitet werden muss. Ein weiteres Plus ergibt sich in der Einsparung von Gerichtskosten und Auslagen.

Der Vorteil einer Betreuung liegt in der Überwachung des Vertreters durch das Gericht, welche bei der Bevollmächtigung fehlt und nur in Extremfällen durch die Überwachungsbetreuung erlangt wird. Im Übrigen kann man in einer Betreuungsverfügung die Person seines Vertrauens als Betreuer vorschlagen und Wünsche zur Führung der Betreuung äußern. Allerdings ist eine Betreuung mit Kosten verbunden.

# Patientenverfügung

## Umfang der Verfügung

In einer Patientenverfügung (umgangssprachlich auch Patiententestament) legen Sie bereits **vorab** Ihre Behandlungswünsche für konkrete Krankheitssituationen fest, in denen Sie Ihren Willen nicht mehr bilden und äußern können.

Auch in Situationen, in denen der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, kann der Abbruch einer medizinischen Behandlung zulässig sein.

Unabdingbare Voraussetzung dafür ist jedoch eine entsprechende Willensbekundung des Betroffenen im Vorfeld der Erkrankung.

Gerade in Fällen dauerhafter Bewusstlosigkeit sind möglicherweise emotional schwierige Entscheidungen mit Konfliktpotential zu treffen.

Hier wird das Leben künstlich, z.B. mit einer Magensonde durch die Bauchdecke, zuweilen über viele Jahre verlängert. Durch die Beendigung der Sondenernährung kann das Sterben zugelassen werden. Dies bedeutet jedoch kein qualvolles Verhungern oder Verdursten, wenn es mit medizinischem Fach- oder Pflegepersonal begleitet wird.

Es ist deshalb hier besonders wichtig, unter Verwendung des Formulars eine klare Verfügung zu treffen.

## Erklärung zur Organspende

Auch die Bereitschaft zur Organspende und Bluttransfusionen können in der Patientenverfügung erklärt oder abgelehnt werden.

Mit der Erklärung zur Organspende beugen Sie dem Missverständnis vor, Ihre Patientenverfügung wäre mit Ihrer Bereitschaft zur Organspende unvereinbar.

---

## Rechtssicherheit durch Patientenverfügungsgesetz

Eine Patientenverfügung ist nach deutschem Recht **verbindlich** und zu beachten und ggf. sogar gerichtlich durchsetzbar.

Ihr dokumentierter Wille, mag er der Umwelt auch noch so unverständlich und unvernünftig erscheinen, ist als Ausdruck Ihres Selbstbestimmungsrechtes **für alle** – Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Angehörige, Bevollmächtigte, Betreuer – verbindlich. Also z.B. auch dann, wenn der Patient darin fordert, dass lebenserhaltende medizinische Maßnahmen gestoppt werden sollen.

Es spielt keine Rolle, **wie alt** die Patientenverfügung ist oder ob der Patient diese im gesunden oder kranken Zustand verfasst hat.

(der Patient muss sich jedoch der Tragweite dieser Patientenverfügung zum Zeitpunkt der Errichtung bewusst sein).

Eine **rechtliche Verpflichtung**, Ihre Patientenverfügung alle ein bis zwei Jahre durch ein erneutes Unterschreiben mit Datum **zu aktualisieren, besteht nicht**.

Dennoch empfehlen wir, in regelmäßigen Zeitabständen die errichtete Patientenverfügung zu prüfen und zu überlegen, ob diese noch dem erklärten Willen entspricht. Eine Bestätigung mit Datum und Handzeichen ist dabei sinnvoll.

Entspricht die Verfügung nicht mehr dem Willen, sollte das Original *und* mögliche Kopien entsorgt und eine neue Patientenverfügung errichtet werden.

Sicherzustellen ist auch, dass Ihr in der Patientenverfügung dokumentierter Wille im Zweifel auch von einer Vertrauensperson **rechtserheblich geltend gemacht** werden kann.

Dies ist die Person, die Sie hierzu **bevollmächtigt** haben oder die ggf. vom Gericht als Ihr Betreuer/in bestimmt worden ist.

Es empfiehlt sich deshalb, die Patientenverfügung mit einer **Vorsorgevollmacht** oder zumindest mit einer Betreuungsverfügung zu kombinieren.

Gesetzlich ist **keine** Beratungspflicht durch einen Arzt vorgeschrieben, doch erscheint es aus unserer Sicht sehr sinnvoll, das Formular mit einem Arzt oder einer Ärztin Ihres Vertrauens zu besprechen.

Auch Hospizvereine bieten Beratung zur Patientenverfügung an!

Der Arzt / Hospizverein sollte dann auch bestätigen, dass die Patientenverfügung zweifelsfrei in Kenntnis und nach Aufklärung über alle dargelegten einzelnen Verfügungen gefertigt wurde.

Die Patientenverfügung sollte in Absprache mit dem Bevollmächtigten / Betreuer **auffindbar verwahrt** werden.

Wenn niemand weiß, **wo** sich Ihre Formulare befinden, kann auch niemand Ihren verbindlichen Willen befolgen!

Zweckmäßig kann hier das beigefügte Hinweiskärtchen sein, das Sie zu Ihren Ausweispapieren nehmen können und in dem auf das Vorhandensein und den Verbleib der Verfügung hingewiesen wird.

## **Der „mutmaßliche Wille“**

Passt eine Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Krankheitssituation oder liegt **keine schriftliche** Patientenverfügung vor, müssen Arzt und Bevollmächtigter/ Betreuer des Betroffenen gemeinsam den mutmaßlichen Willen ermitteln. Zuvor mündlich geäußerte Willensbekundungen des Patienten werden dabei anerkannt.

Können sich Arzt und Betreuer/ Bevollmächtigte nicht einigen, muss das Betreuungsgericht (ehem. Vormundschaftsgericht) eingeschaltet werden.

### **Weitere Informationen zur Patientenverfügung finden Sie auch beim:**

Bundesjustizministerium ([www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de)) oder dem

Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

([www.justiz.bayern.de/buergersevice/](http://www.justiz.bayern.de/buergersevice/))

## Muster

Die nachfolgenden Muster der Generalvollmacht, der Patientenverfügung oder der Betreuungsverfügung können Sie wie vorformuliert verwenden, wenn diese auf Ihre persönliche Situation zutreffen.

Prüfen Sie jedoch bitte genau, ob dieses auch Ihrem persönlichen Willen entspricht

Weitere Exemplare dieser Broschüre können Sie sich auch unter [www.lra-ffb.de](http://www.lra-ffb.de)

(Aktuelles/ Infothek/ Broschüren) als PDF-Datei herunterladen.

Sprechen Sie auch mit ihrem Geldinstitut ab, ob es die von Ihnen erstellte Vollmacht so anerkennt und lassen Sie sich dieses auch schriftlich bestätigen. Sollte Ihr Geldinstitut auf Bevollmächtigungen auf eigenen Vordrucken bestehen, so überzeugen Sie sich, dass Sie ihrem Bevollmächtigten nicht lediglich Kontovollmachten erteilen, sondern eine umfassende Bankvollmacht.

## Muster für die Ausweispapiere

bitte ausschneiden und mit den Ausweispapieren bei sich tragen

Mein Bevollmächtigter gem.  
§ 1896 Abs. 2 BGB ist:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

---

# Vollmacht

Ich, \_\_\_\_\_

(Name, Vorname des/der Vollmachtgeber/in)

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Anschrift z.Zt.: \_\_\_\_\_

(Straße, Hs.-Nr.)

(PLZ / Ort)

erteile hiermit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und ohne äußeren Druck Vollmacht an:

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

(Name, Vorname der/des Bevollmächtigten)

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Anschrift z.Zt.: \_\_\_\_\_

(Straße, Hs.-Nr.)

(PLZ / Ort)

Telefon: \_\_\_\_\_

Diese Person meines Vertrauens wird hiermit bevollmächtigt mich in allen Bereichen, in denen eine gesetzliche Vertretung zulässig ist, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten wie z. B. : in meinen gesundheitlichen Belangen, Behörden-, Vermögens-, Renten- oder Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Rechtsangelegenheiten.

Durch diese Vollmacht soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde.

Die Vollmacht berechtigt insbesondere zur Verwaltung meines Vermögens, zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zur Abgabe von Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes, zur Vertretung im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten, zum Abschluss und zur Kontrolle eines Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung, zur evtl. notwendigen Auflösung des Mietverhältnisses meiner Wohnung, zur Beantragung von Renten- oder von Versorgungsbezügen oder von Sozialhilfe, zu geschäftsähnlichen Handlungen, zu allen Verfahrenshandlungen und zur Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post.

---

Schenkungen können in dem Rahmen vorgenommen werden, der einem Betreuer gesetzlich gestattet ist.

Meine bevollmächtigte Person darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

Die bevollmächtigte Person darf meine Bestattung nach meinen Wünschen regeln.

Diese Vollmacht gilt auch uneingeschränkt für Betreuungsangelegenheiten (§§ 1896 ff BGB), insbesondere auch für den Fall der Unterbringung (§ 1906 BGB), einschl. freiheitsentziehender Maßnahmen oder ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§ 1906 Abs. 5 BGB und 1906 a BGB ) und von ärztlichen Maßnahmen (§ 1904 BGB), wie operative Eingriffe, Untersuchungen und medikamentöse Behandlung, sofern ich nicht mehr in der Lage bin, den Sinn und Zweck der Maßnahme zu verstehen.

Die Vollmacht berechtigt insbesondere auch

- zum Abschluss von Verträgen oder sonstigen Vereinbarungen z. B. mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen;
- die Aufenthaltsbestimmung zu treffen, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Einrichtung oder die Aufnahme in ein Krankenhaus;
- die Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Behandlungen oder Eingriffen zu erteilen, gleichgültig ob es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt oder nicht;
- die Einwilligung in einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen zu erteilen,
- die Entscheidung darüber zu treffen, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen.
- die Kontrolle darüber auszuüben, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene Betreuung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst.

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, den/die Bevollmächtigte(n) über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tode oder der Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers. Sie kann aber jederzeit von mir oder meinen Erben widerrufen werden.

Der/ Die Bevollmächtigte darf von dieser Vollmacht nur persönlich Gebrauch machen, d. h. ihre Ausübung ist grundsätzlich nicht übertragbar. Untervollmacht darf daher nur für einzelne Rechtsgeschäfte erteilt werden.

---

Die Vollmacht schließt jedoch für den/die Bevollmächtigte(n) die Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB (Verbot des Selbstkontrahierens, d.h., ein Rechtsgeschäft im Namen des Vertretenen mit sich im eigenen Namen oder als Vertreter eines Dritten abzuschließen) ein.

Sollte diese Vollmacht ganz oder teilweise von einem Gericht als rechtsunwirksam erklärt werden, so wünsche ich, dass das Betreuungsgericht die hier von mir benannte Person als meine(n) Betreuer(in) bestellt.

Im Übrigen gilt diese Vollmacht nur, wenn der Bevollmächtigte das Original der Vollmacht vorlegen kann.

Sollte der/die von mir oben benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder verhindert sein, diese Bevollmächtigung auszuüben, so benenne ich in folgender Reihenfolge als weitere Bevollmächtigte:

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

(Vorname, Name der/des Bevollmächtigten)

Anschrift zur Zeit: \_\_\_\_\_

(Straße, Hs.- Nr.)

(PLZ, Ort)

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

(Vorname, Name der/des Bevollmächtigten)

Anschrift zur Zeit: \_\_\_\_\_

(Straße, Hs.-Nr.)

(PLZ, Ort)

Von einem Verhinderungsfall ist auszugehen wenn eine(r) der weiteren Bevollmächtigten das Original dieser Vollmacht vorlegt.

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des/der Vollmachtgeber/in)

---

Ich bin bereit, die Interessen der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers entsprechend der Vollmacht auszuüben.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift/en der/des Bevollmächtigten)

\* \*

Ich bestätige, dass die obige Vollmacht dem Willen der/des Vollmachtgeberin / Vollmachtgebers entspricht. Die Vollmachtgeberin - der Vollmachtgeber hat nach meiner Überzeugung den Sinn und Inhalt dieser Vollmacht umfassend verstanden.

---

(Unterschrift des/der Zeugen und/oder eines Arztes)

# Patientenverfügung

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

wohnhaft z.Zt.: \_\_\_\_\_

(Straße, Hs.-Nr.)

(PLZ/ Ort)

**verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung Folgendes:**

**1. Krankheitssituationen, für die diese Verfügung gilt:**

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde  ja  nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist  ja  nein
- Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.  ja  nein
- Wenn ich in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess 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 äußerst unwahrscheinlich ist.  ja  nein
- \_\_\_\_\_

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

2. **Therapieverfügung**, für alle unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen **verlange ich**:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.  ja  nein
- Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leid unnötig verlängern würden.  ja  nein

3. **Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (z.B. Komafälle), wünsche ich, sterben zu dürfen und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung)  ja  nein
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen  ja  nein
- Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren  ja  nein

4. **Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z.B. Demenz)**

Unabhängig vom Stadium der Erkrankung, unabhängig von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen zu können und unabhängig von meinen geistigen Defiziten verlange ich

- Im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes, nicht reanimiert zu werden  ja  nein
- Bei einer hinzutretenden, potentiell tödlich verlaufenden Krankheit, nicht lebensverlängernd behandelt zu werden. Es soll dann nur noch eine palliative Behandlung stattfinden, die Schmerzen und quälende Symptome lindert, damit ich sterben kann.  ja  nein

***Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine verbotene aktive Sterbehilfe.***

### 1. Organspende

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende (siehe beiliegende Erklärung zur Organspende) vor

#### **ODER**

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

**(bitte Unzutreffendes streichen)**

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, eine Erklärung zur Organspende oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigelegt sind, sollen 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 die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

....., den.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

---

# Erklärung zur Organspende

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

wohnhaft z.Zt.: \_\_\_\_\_

(Straße, Hs.-Nr.)

(PLZ/ Ort)

habe eine Patientenverfügung erstellt.

Ich erkläre zugleich meine Bereitschaft, dass nach meinem Tod Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden dürfen.

Es ist mir bewusst, dass erst nach dem Absterben aller Areale meines Gehirns (Gesamthirntod) Organe und Gewebe entnommen werden dürfen.

Es ist mir auch bewusst, dass die Organe bei Entnahme so gesund wie möglich sein sollen.

Es ist mir bewusst, dass deshalb mitunter auch schon vor der Feststellung des Gesamthirntodes eine künstliche Beatmung oder eine andere sog. organprotektive Therapie mit der möglichen Folge einer kurzfristigen Lebensverlängerung erforderlich ist.

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

In diesem Fall bin ich einverstanden, dass mein Leben um Stunden oder wenige Tage künstlich verlängert wird.

Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Phase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

....., den.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)

---

# Betreuungsverfügung

**In vollem Bewusstsein über die Tragweite und Auswirkung dieser Verfügung bestimme ich**

\_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

(Name/ Vorname)

wohnhaft z. Zt.: \_\_\_\_\_,

(Straße, Hs.Nr.)

(PLZ, Ort)

**für den Fall der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung für mich, dass**

Frau/ Herrn \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

(Name/Vorname)

wohnhaft z. Zt.: \_\_\_\_\_,

(Straße, Hs.Nr.)

(PLZ, Ort)

**durch das zuständige Betreuungsgericht zu meine(r) m rechtlichen Betreuer/in bestellt wird.**

**Sollte diese(r) verhindert sein, das Amt zu übernehmen, so schlage ich als weitere(n) mögliche/n Betreuer/in für mich**

Frau/ Herrn \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

(Name/Vorname)

wohnhaft z. Zt.: \_\_\_\_\_,

(Straße, Hs.Nr.)

(PLZ, Ort)

**vor.**



---

# Impressum

Herausgeber:

Landratsamt Fürstenfeldbruck

Münchner Str. 32

82256 Fürstenfeldbruck

Tel. 08141 519-0, Fax 08141 519-450

poststelle@lra-ffb.de, [www.lra-ffb.de](http://www.lra-ffb.de)

Konzept:

Betreuungsstelle im Landratsamt  
Münchner Straße 32  
82256 Fürstenfeldbruck

Druck:

Landratsamt Fürstenfeldbruck, Hausdruckerei

Verteilung:

kostenlos in der Betreuungsstelle im Landratsamt

Münchner Straße 32, 82256 Fürstenfeldbruck

Ebenso können Sie sich dieses Broschüre auch unter [www.lra-ffb.de](http://www.lra-ffb.de)  
als PDF-Datei herunterladen.