



Notfallmappe

der Marktgemeinde Murnau
am Staffelsee

von

(Name)

Korrigierte Auflage 2019

Notfallmappe

Vorwort



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeder von uns kann durch unvorhersehbare Ereignisse infolge einer Krankheit, eines Unfalls oder auch im Alter auf Hilfe angewiesen sein. Niemand beschäftigt sich gerne mit solchen Situationen, die hoffentlich nie eintreten werden.

Mit der Notfallmappe möchten wir dazu beitragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörigen auf einen solchen Notfall besser vorbereitet sind. Es ist sinnvoll, frühzeitig und in jeder Lebenslage sicher sein zu können, dass im Notfall nach Ihren Bedürfnissen und Vorstellungen gehandelt werden kann. Es gibt in einem Notfall für Ihre Angehörigen vieles zu regeln, die sich erheblich leichter tun, wenn Sie wissen, wo sie wichtige Unterlagen finden und Entscheidungen treffen können, die Sie zuvor verfügt haben.

Wir hoffen, mit dieser Notfallmappe Ihr Handeln in einer Notfallsituation ein Stück weit zu erleichtern und Ihnen das gute Gefühl geben zu können, wichtige Dinge bestens geregelt zu haben.

In der Notfallmappe finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern für den Notfall und auch Vordrucke, auf denen Sie und auch Ihr Hausarzt wesentliche persönliche Dinge eintragen können. Vorlagen für eine Patientenverfügung, Vollmachten und Nachlassangelegenheiten sowie eine Checkliste für den Todesfall sind hier ebenfalls enthalten. Machen Sie von diesem Angebot Gebrauch. Überprüfen Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie die Notfallmappe an einem für Sie, Ihre Angehörigen, Ihrem Hausarzt bekannten Ort auf. Weisen Sie Ihre nächsten Angehörigen auf die Mappe hin. Gut versorgt zu sein, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen.

Informieren Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte über die Möglichkeiten einer Notfallmappe, die nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für jüngere Personen Sinn macht.

Unser besonderer Dank gilt dem Seniorenbeirat Murnau, der diese Notfallmappe erstellt hat.

Sollten Sie Fragen haben, kommen Sie auf uns zu.

Ihr

Rolf Beuting

Rolf Beuting

Erster Bürgermeister

Markt Murnau a. Staffelsee

Einführung

Liebe Seniorinnen und Senioren,

der Seniorenbeirat Murnau hat diese Notfallmappe erstellt, um dazu beizutragen, dass Sie selbst und Ihre Angehörige auf einen Notfall infolge Unfall, Krankheit oder auch im Alter besser vorbereitet sind. Mit der Notfallmappe möchten wir Ihnen in einer für Sie schwierigen Situation Hilfe anbieten.

Machen Sie deshalb in Ihrem eigenen Interesse von diesem Angebot Gebrauch und informieren Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte über diese Möglichkeit der Vorsorge.

Ergänzen bzw. aktualisieren Sie die Einträge, wenn erforderlich, und bewahren Sie die Mappe leicht erreichbar auf.

Der Seniorenbeirat wünscht Ihnen von Herzen, dass Sie noch lange von Notfällen verschont bleiben und Ihre Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommen muss.

Ihr Seniorenbeirat Murnau

Rainer Paschen
(Vorsitzender)

Angelika Pütz-Ollendorff
(stv. Vorsitzende)

Inhalt

Vorwort.....	01
Einführung.....	02
Wichtige Informationen vorab.....	04
Notrufnummern.....	05
Persönliche Daten.....	06
Infos für die Geldbörse.....	07
Infos über Verfügungsberechtigte zu Vollmachten.....	08
Ärzte, Apotheken, Ambulanter Pflegedienst.....	10
Kranken- und Pflegeversicherungen.....	11
Medizinische Daten.....	12
Aktuelle Medikation.....	15
Versicherungen.....	16
Mitgliedschaften, Abonnements.....	17
Bestehende Verträge.....	18
Beruf.....	20
Renten.....	21
Krankenhauseinweisung.....	23
Todesfall.....	24
Nachlassangelegenheiten.....	26
Impressum.....	27
Hinweise zu Formularen.....	28
Hinweise zur Vollmacht.....	29
Vollmacht.....	30
Hinweis zur Ergänzung der Vollmacht	35
Hinweis zum Muster einer Konto-/Depotvollmacht.....	36
Muster einer Kontovollmacht.....	37
Hinweise zur Betreuungsverfügung.....	38
Betreuungsverfügung.....	39
Hinweis zur Patientenverfügung.....	41
Persönliche Ergänzung zur Patientenverfügung	42
Patientenverfügung.....	45
Erläuterungen zum Formular Patientenverfügung.....	51
Notizen.....	56
Weitere persönliche Informationen.....	57

Wichtige Informationen vorab

Wesentliche vorsorgliche Entscheidungen treffen Sie u.a. mit einer

Vorsorgevollmacht (einer Vollmacht über den Tod hinaus),
einer Patientenverfügung,
einer Betreuungsverfügung
und einem Testament.

Vorlagen für eine Vorsorgevollmacht, einer Patientenverfügung und für eine gerichtlich bestellte Betreuung sind in der Notfallmappe enthalten. Sie können diese leicht herausnehmen und anderswo bei Ihren persönlichen Unterlagen aufbewahren. Es besteht keine Pflicht, diese Vorlagen auszufüllen.

Die Vordrucke, dazu grundsätzliche Überlegungen und wichtige Hinweise zu den Themen Vorsorgevollmacht, Patienten- und Betreuungsverfügung finden Sie auch in der Broschüre des Bay. Staatsministeriums der Justiz unter dem Titel: „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, 19. Auflage. Sie kann für den privaten Gebrauch kostenlos runtergeladen und ausgedruckt werden unter: www.justiz.bayern.de/service/broschueren

Bitte beachten Sie: Selbst Eheleute benötigen in vielen Fällen Vollmachten. Falls keine Vollmachten vorhanden, wird ggf. durch das Amtsgericht eine Betreuung eingerichtet. In der Regel wird der Ehepartner/die Ehepartnerin als Betreuer bestellt, dann aber mit Rechenschaftspflicht gegenüber dem Amtsgericht. Beachten Sie auch, dass Banken nur eine Bankvollmacht des eigenen Instituts anerkennen.

Informationen zum Thema „Erben und Vererben“ finden Sie in der gleichlautenden Broschüre des Bundesministeriums der Justiz und Verbraucherschutz, die Sie kostenlos über die Bestellfunktion des Ministeriums im Internet www.bmjv.de anfordern oder direkt über das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in 11015 Berlin bestellen können.

Notrufnummern

Notarzt/Rettungsdienst	112 (kostenfrei, auch per Fax)
Feuerwehr Informationen unter	112 (kostenfrei, auch per Fax) www.notruf112.bayern.de
Polizei Polizeiinspektion Murnau	110 (kostenfrei) 08841 / 61 76-0
Giftnotruf	089 / 19 240
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116 117 (kostenfrei)
Telefonseelsorge (Katholisch) (Evangelisch)	0800 / 111 0 222 (kostenfrei) 0800 / 111 0 111 (kostenfrei)
Berufsgen. Unfallklinik Murnau	08841 / 480
Klinikum Garmisch-Partenkirchen (Zentrum f. Innere Medizin an der BG Unfallklinik)	08841 / 48 25 20
Sperrnotruf (Kreditkarten, EC-Karten, Krankenversicherungskarten)	116 116 (kostenfrei)
Gemeindewerke	08841 / 48929 - 0
Wasser	08841 / 0170 99 36 253
Stromstörung	0941 / 28 00 33 66
Erdgas-Bereitschaftsdienst	0941 / 28 00 33 55
Frauennotruf	08841 / 57 11
Bundesdeutscher Seniorennotruf	089 / 14 38 56 26

Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Telefon, Handy

E-Mail

Konfession

Familienstand

Im Notfall zu benachrichtigen

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Telefon, Handy

E-Mail

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Telefon, Handy

E-Mail

Bitte holen Sie bei den vorgenannten Personen die Einwilligung ein, sie hier zu benennen.

Unterschrift

Unterschrift

Infos für die Geldbörse

Polizei: 110 **Notarzt, Feuerwehr: 112**

Mein Name

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Polizei: 110 **Notarzt, Feuerwehr: 112**

Mein Name

Meine Adresse

Meine Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Infos über Verfügungsberechtigte zu Vollmachten

Ich habe eine Vorsorgevollmacht

Ja Nein

Wo ist die Vollmacht hinterlegt

Bevollmächtigte/r

Name

Vorname

Adresse

Telefon/Handy

E-Mail

Ich habe eine Patientenverfügung

Ja Nein

Wo ist die Verfügung hinterlegt?

Verfügungsberechtigte/r

Name

Vorname

Adresse

Telefon/Handy

E-Mail

Ich habe eine/n gerichtlich bestellte/n Betreuer/in

Ja Nein

Name

Vorname

Adresse

Telefon/Handy

E-Mail

Ich habe Bankvollmacht erteilt an

Name

Vorname

Adresse

Telefon/Handy

Verfügungsberechtigung für Bankschließfach

Geldinstitut

Schließfachnummer

außer mir ist verfügungsberechtigt

Name

Vorname

Adresse

Telefon/Handy

Ärzte

Name des Hausarztes

Adresse

Telefon/Handy

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name des Arztes

Telefon/Handy

Name des Arztes

Telefon/Handy

Apotheke

Name der Apotheke

Adresse

Telefon/Handy

Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Adresse

Telefon/Handy

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse

Name der Versicherung

Telefon

Nr. der Versichertenkarte

Wo befindet sich die Versichertenkarte

Private Krankenkasse / Krankenzusatzversicherung

Name der Versicherung

Telefon

Nr. der Versichertenkarte

Wo befindet sich die Versichertenkarte

Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

Name der Versicherung

Telefon

Nr. der Versichertenkarte

Wo befindet sich die Versichertenkarte

Medizinische Daten

1) Dauer-Diagnosen

Ja Nein

2) Dauer-Medikation

3) Allergien

Ja Nein

Allergiepass vorhanden

Ja Nein

Wo befindet sich der Allergiepass

Allergie gegen

4) Anfallsleiden

Ja Nein

nähere Beschreibung

5) Blutgruppe

Blutgruppenausweis vorhanden Ja Nein

Wo befindet sich der Ausweis

6) Diabetes

Ja Nein

Insulin

Ja Nein

Tabletten

Ja Nein

Ausweis vorhanden

Ja Nein

Wo befindet sich der Ausweis

7) Impfungen

Ja Nein

Impfbuch vorhanden

Ja Nein

Wo befindet sich das Impfbuch

Impfung gegen

8) Implantate

Ja Nein

Art des Implantats

z.B. Herzschrittmacher,
Kniegelenk, Hüftgelenk,
Auge, Zähne usw.

9) Transplantationen

Ja Nein

Art der Transplantation
und weitere Angaben

Wo befindet sich der/die
Implantatsausweis(e)

10) Stationäre Behandlungen

Operation

Datum

Einrichtung / Arzt (Name, Ort)

11) Schwerbehinderung

Ja Nein

Art / Grad der Behinderung

Gültigkeitsdauer Ausweis

Merkzeichen

Behandelnder Arzt / Telefon

Wo befindet sich der Ausweis

12) Sonstiges

Versicherungen

(Folgende wichtige Unterlagen sollten an einem festen Platz aufbewahrt und vertraute Personen darüber informiert werden)

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sterbegeldversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebensversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Privathaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kfz-Versicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hausratversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gebäudeversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Feuerversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rechtsschutzversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Insassenversicherung (Kfz) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verkehrsrechtsschutzversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Weitere Versicherungen

Mitgliedschaften, Abonnements

Ich bin Mitglied bei folgenden Vereinen und Organisationen

(z.B. Verbänden, Gewerkschaften etc.)

Ich habe folgende Zeitungen und Zeitschriften abonniert

Rundfunk und Fernsehen

Mitgliedsnummer beim ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservice
(ehem. GEZ)

Bestehende Verträge

Mietvertrag

Mietobjekt

Vermieter (Name, Adresse, Telefon)

Vertrag vom: _____

Pachtvertrag

Pachtobjekt

Verpächter (Name, Anschrift, Telefon)

Vertrag vom: _____

Telefon und Internet

Anbieter/Kundennummer: _____

Handy

Anbieter/Kundennummer: _____

Web-Seite

Anbieter/Kundennummer: _____

Strom

Anbieter/Kundennummer: _____

Gas

Anbieter/Kundennummer:

Wasser

Anbieter/Kundennummer:

Fernwärme

Anbieter/Kundennummer:

Sonstige Verträge

Anbieter / Kundennummer

Anbieter / Kundennummer

Anbieter / Kundennummer

Anbieter / Kundennummer

Anbieter / Kundennummer

Beruf

Tätigkeiten

Personalnummer

Name des Arbeitgebers

Adresse

Telefon / Handy

Bei Selbständigkeit

Name der Firma

Adresse

Telefon / Handy

Versicherung

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung

Renten

Altersrente / Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsträger (Name, Adresse)

Versicherungsnummer

Rentenbescheid vom

Wo befinden sich die Unterlagen

Betriebsrente / Zusatzrente

Versicherungsträger (Name, Adresse)

Versicherungsnummer

Rentenbescheid vom

Wo befinden sich die Unterlagen

Private Rentenversicherung und Riesterrente

Versicherungsträger (Name, Adresse)

Versicherungsnummer

Rentenbescheid vom

Wo befinden sich die Unterlagen

Beamtenversorgung

Pensionsfestsetzende Behörde

Personalnummer / Aktenzeichen

Pensionierungsurkunde vom

Wo befinden sich die Unterlagen

Weitere Altersvorsorgen

(Art, Träger, Verwahrung etc.)

Krankenhauseinweisung

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Notarztes oder Rettungsdienstes: genaue Beschreibung des Wohnortes, Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten geben
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster / Hausnummerbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankbett freimachen
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung mitnehmen, wenn vorhanden
- Krankenversicherungskarte und Personalausweis
- Toilettenartikel
- Kleidung, Nacht- und Unterwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe, Wecker
- Ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe, Stützstrümpfe
- Liste der aktuell einzunehmenden Medikamente (Restpackungen mitnehmen)
- Kopie medizinischer Daten (S. 12 - 14 Notfallmappe) und vorliegende Pässe (z.B. Allergiepass)
- Geld (nur geringer Betrag)
- Hausschlüssel bei Alleinstehenden
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen mitnehmen, die im Notfall zu benachrichtigen sind
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, etc.)
- Ggf. Pflegedienste benachrichtigen
- Gegen Langeweile z.B. Buch, Magazin, Rätselheft, MP3-Player, Tablett

Wertsachen sollten besser daheim bleiben.

Für alleinstehende Personen ist es hilfreich, vorbereitend für plötzliche Krankenhauseinweisungen eine gepackte Tasche, wie oben beschrieben, bereit zu halten!

Todesfall

Bei einem Todesfall ist es für die Angehörigen oft schwer, klare Gedanken zu fassen. Die nachfolgenden Hinweise können Ihnen helfen, die notwendigen Schritte zu ergreifen.

1. Der Tod muss durch einen Arzt festgestellt werden. Die Todesbescheinigung stellt der Arzt oder seine Vertretung aus. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird die Ausstellung der Todesbescheinigung von dort übernommen.
2. Nächste Angehörige benachrichtigen.
3. Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung und ggf. mit der Beerdigungsabwicklung beauftragen
4. Bestattungsart festlegen
5. Pfarramt informieren und Termine absprechen.
6. Spätestens am folgenden Werktag die Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus des Sterbeortes beantragen.
Hierzu werden folgende Unterlagen benötigt:
 - Personalausweis der/des Verstorbenen
 - Todesbescheinigung
 - Geburtsurkunde der/des Verstorbenen bei Unverheirateten
 - Eheurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
 - evtl. Scheidungsurteil, wenn nicht wieder verheiratet
7. Nach der Beurkundung des Sterbefalles sind mit der Friedhofverwaltung (Gemeinde oder Kirche) die Art der Bestattung und der Tag der Beisetzung festzulegen.
8. Ggf. Todesanzeige bei Tageszeitungen aufgeben.
9. Umgehend schriftliche Mitteilung über den Todesfall an den Arbeitgeber der/des Verstorbenen und an private Lebens- oder Sterbeversicherungen senden
- Sterbeurkunde im Original beilegen.
10. Mitteilung an Bankinstitut/e über den Todesfall
- Sterbeurkunde im Original beilegen.
11. Sofern ein Testament vorhanden ist, so ist dieses beim zuständigen Amtsgericht abzugeben. Dort ist auch ein Erbschein zu beantragen, soweit dieser benötigt wird.
12. Schriftliche Benachrichtigung aller Versicherungen und Krankenkassen,

Nachlassangelegenheiten

- Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht abzugeben.
- Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Mein Testament ist hinterlegt bei

Mein Erbvertrag ist hinterlegt bei

Weitere Vermächtnisse sind hinterlegt bei

Meine Verfügungen über die Auflösung meines Haushalts, ggf. der Verbleib meiner Haustiere:

Für weitere Fragen stehen Ihnen zur Verfügung:

Markt Murnau a. Staffelsee (Verwaltung)

Untermarkt 13

Tel. 08841 / 476-0

Fax 08841 / 476-289

mit den Ämtern:

Standesamt und Friedhofsverwaltung

08841 / 476-120, -122

Amt für Soziales und Familie

Tel. 08841 / 476-115, -119

Einwohnermeldeamt

Tel. 08841 / 476-160, -165

Seniorenbeirat Murnau

Untermarkt 13

82418 Murnau a. Staffelsee

Tel. 08841 / 476-111

Fax 08841 / 476-289

E-Mail seniorenbeirat@murnau.de

IMPRESSUM

Herausgeber:

Markt Murnau a. Staffelsee

vertreten durch

Ersten Bürgermeister Rolf Beuting

Redaktion

Seniorenbeirat Murnau a. Staffelsee

Unser Dank gilt all jenen, die bereits Notfallmappen erarbeitet haben. Diese dienten uns als Anregung und in Teilen als Vorlage. Insbesondere möchten wir uns an dieser Stelle bei dem Seniorenbeirat, dem Fachbereich Senioren und der Selbsthilfe-Kontaktstelle des Landkreises Bad Tölz-Wolfratshausen bedanken.

Hinweise zu Formularen

Die folgenden Seiten enthalten Loseblatt-Formulare zur Vorsorgevollmacht, zur Betreuungsverfügung, zu den eigenen Wertvorstellungen und zur Patientenverfügung.

Sie können diese herausnehmen, Ihren Wünschen gemäß ausfüllen, unterschreiben und Ihrem Bevollmächtigten bzw. Vertrauenspersonen übergeben.

Da die jeweiligen Formulare zusammenhängen, reicht eine Unterschrift am Ende des Formulars. Bitte schneiden Sie die Formulare nicht auseinander.

Hinweise zur Vollmacht

- Eine Vollmacht, die zur Vertretung in Vermögensangelegenheiten befugt, darf keine Zweifel am Eintritt ihrer Wirksamkeit zulassen.

Schreiben Sie deshalb keinesfalls:

„Für den Fall, dass ich selbst einmal nicht mehr handeln kann, soll an meiner Stelle...“ o. Ä.
Damit bliebe nämlich für den Rechtsverkehr ungeklärt, ob diese Voraussetzung wirklich eingetreten ist.

Es ist auch unzweckmäßig, die Gültigkeit der Vollmacht etwa von ärztlichen Zeugnissen über Ihren Gesundheitszustand abhängig zu machen. Dies würde wiederum Fragen aufwerfen, z.B. wie aktuell die Bescheinigungen jeweils sein müssen.

Eine Vollmacht zur Vorsorge ist nur dann uneingeschränkt brauchbar, wenn sie an **keine** Bedingungen geknüpft ist.

- Wollen Sie die Person Ihres Vertrauens mit der Wahrnehmung Ihrer Bankangelegenheiten bevollmächtigen, ist es ratsam, diese Vollmacht gesondert auf dem von den Banken und Sparkassen angebotenen Vordruck „Konto-/Depotvollmacht“ zu erteilen. Ein Muster ist im Anschluss an das Formular zur Vorsorgevollmacht abgedruckt. In dieser Vollmacht sind die im Zusammenhang mit Ihrem Konto oder Depot wichtigen Bankgeschäfte im Einzelnen erfasst. Zu Ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie die Vollmacht im Rahmen eines Termins bei Ihrer Bank erteilen. Ihr Kreditinstitut wird Sie sicherlich gerne – auch telefonisch – beraten. Wenn Sie zum Abschluss eines **Darlehensvertrages** bevollmächtigen wollen, müssen Sie die Vollmacht notariell beurkunden lassen.

Bitte beachten Sie:

- Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen eine individuelle Gestaltung der Vollmacht nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen. Dies bedingt aber auch, dass **Sie sich jeweils für „Ja“ oder „Nein“ entscheiden**. Lassen Sie etwa eine Zeile unangekreuzt oder füllen versehentlich beide Kästchen aus, ist die Vollmacht in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und damit ungültig. Wollen Sie jeden Zweifel vermeiden, können Sie jeden Absatz mit Ihrer Unterschrift versehen. Wollen Sie in die vorgesehenen Leerzeilen nichts eintragen, so sollten Sie mit Füllstrichen den möglichen Vorwurf nachträglicher Veränderung entkräften. Bitte füllen Sie die Formulare sorgfältig aus!
- Die Unterschrift des Bevollmächtigten ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der Vollmacht. Die dafür vorgesehene Zeile soll Sie nur daran erinnern, dass die frühzeitige Einbindung Ihrer Vertrauensperson höchst sinnvoll ist.
- Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie unbedingt rechtlichen Rat suchen oder die Hilfe eines Betreuungsvereins in Anspruch nehmen.

Vollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

_____ (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert 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 werde.

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

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja Nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).* Ja Nein

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.*

Ja **Nein**

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegen über meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden.

Ja **Nein**

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikation und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.**

Ja **Nein**

- _____

Ja **Nein**

* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

** In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB und § 1906a Abs. 2, 4 und 5 BGB).

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja Nein
 - Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. Ja Nein
 - Sie darf meinen Haushalt auflösen. Ja Nein
 - Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung ein schließlich einer Kündigung wahrnehmen. Ja Nein
 - Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja Nein
 - Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja Nein
 - Ja Nein
-

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 Ja Nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Ja Nein
- Verbindlichkeiten eingehen Ja Nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Ja Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. Ja Nein

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können Ja Nein
-
-

Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post - auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ - entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Ja Nein

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. Ja Nein

Behörden

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

Vertretung vor Gericht

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

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. Ja Nein

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

Geltung über den Tod hinaus

Ja Nein

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.

Regelung der Bestattung

Ja Nein

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

Betreuungsverfügung

Ja Nein

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

Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift
der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift
der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

Hinweise zur Ergänzung der Vollmacht

1) Digitale Medien

Mittlerweile gibt es kaum noch Senioren, die nie im Internet waren. Fast alle haben digitale Bilder aufgenommen. Viele schreiben E-Mails oder haben online eingekauft, Abonnements oder Verträge abgeschlossen. Immer häufiger führen sie ihr Konto online und sind auch in den sozialen Medien aktiv. Dort haben sie genauso Spuren hinterlassen, wie auch in den Speichermedien ihrer Computer, Kameras und Telefone.

Nur wenige haben sich allerdings Gedanken darüber gemacht, was im Falle eines Falles mit diesen Daten geschehen soll. Oft gibt es keine schriftlichen Aufzeichnungen darüber. In einigen Fällen existieren Konten mit Kryptowährungen und wiederkehrenden Abbuchungen.

Um damit im Notfall einfacher umgehen zu können, sollte auch in diesem Bereich rechtzeitig Vorsorge getroffen werden.

Optimal wäre eine vollständige Auflistung aller Emailkonten, Profile und Kundenkonten mit Zugangsdaten und Passwörtern. Ferner eine Anweisung, wie mit den verschiedenen Daten umgegangen, insbesondere welche gelöscht werden und welche an wen übergeben werden sollen. Ein Facebook-Konto kann zum Beispiel in einen Gedenkstatus gestellt oder gelöscht werden. Für Google-Konten gibt es einen Inaktivitätsmanager.

Diese Unterlagen müssen gut verwahrt werden (Tresor, Schließfach o.ä.).

Im Todesfall können die Erben mit einer „Digitalen Vollmacht“ schon vor dem Ausstellen eines Erbscheins Zugang zu diesen digitalen Daten bekommen. Darin sollte ausdrücklich vermerkt werden, dass die Vollmacht auch über den Tod hinaus gelten soll.

Auch im letzten Willen sollte das digitale Erbe berücksichtigt werden, es gehört zur Erbmasse.

Hierdurch kann vermieden werden, dass die Erben einen externen „Digitalen Nachlassverwalter“ einsetzen (müssen), der kostenpflichtig Nachforschungen über bestehende Daten anstellt.

Zur Zeit ist es nicht möglich, umfassende Ratschläge zu geben. Viele interessante Informationen sind im Internet unter „digitales Vermächtnis“ zu finden. Diese Hinweise sollen dazu dienen, mit den teilweise hochsensiblen Daten im Sinne des Eigentümers zu verfahren.

Hinweis zum Muster einer Konto-/Depotvollmacht

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie **auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht** zurückgreifen (Muster im Anschluss an diesen Hinweis). 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 und Ihr Bevollmächtigter 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.

Für die Aufnahme von Darlehen ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich. Für Immobiliengeschäfte muss die Unterschrift unter der Vollmacht durch den Notar oder den Urkundsbeamten der Betreuungsbehörde beglaubigt sein.

Muster einer KONTO-/DEPOTVOLLMACHT

(Abgestimmt mit den im Zentralen Kreditausschuss zusammenarbeitenden Spitzenverbänden der Kreditwirtschaft)

Kontoinhaber/Vollmachtgeber

Name und Anschrift	
Name der Bank/ Sparkasse und Anschrift	

Ich bevollmächtige hiermit den nachstehend genannten Bevollmächtigten

Name, Vorname (auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Anschrift		Telefon-Nr.	

mich im Geschäftsverkehr mit der Bank/Sparkasse zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle meine bestehenden und künftigen Konten und Depots bei der vorgenannten Bank/Sparkasse.

Im Einzelnen gelten folgende Regelungen:

- Die Vollmacht berechtigt gegenüber der Bank/Sparkasse dazu,
 - über das jeweilige Guthaben (z. B. durch Überweisung, Barabhebungen, Schecks) zu verfügen und in diesem Zusammenhang auch Festgeldkonten und sonstige Einlagenkonten einzurichten,
 - eingräumte Kredite in Anspruch zu nehmen,
 - von der Möglichkeit vorübergehender Kontoüberziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch zu machen,
 - An- und Verkäufe von Wertpapieren (mit Ausnahme von Finanztermingeschäften) und Devisen zu tätigen und die Auslieferung an sich zu verlangen,
 - Abrechnungen, Kontoauszüge, Wertpapier-, Depot- und Erträgnisaufstellungen sowie sonstige die Konten/Depots betreffende Mitteilungen und Erklärungen entgegenzunehmen und anzuerkennen
 - sowie Debitkarten¹ zu beantragen.
- Zur Erteilung von Untervollmachten ist der Bevollmächtigte nicht berechtigt.
- Die Vollmacht kann vom Kontoinhaber jederzeit gegenüber der Bank/Sparkasse widerrufen werden. Widerruft der Kontoinhaber die Vollmacht gegenüber dem Bevollmächtigten, so hat der Kontoinhaber die Bank/Sparkasse hierüber unverzüglich zu unterrichten. Der Widerruf gegenüber der Bank/Sparkasse und deren Unterrichtung sollten aus Beweisgründen möglichst schriftlich erfolgen.
- Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Kontoinhabers; sie bleibt für die Erben des verstorbenen Kontoinhabers in Kraft. Widerruft einer von mehreren Miterben die Vollmacht, so kann der Bevollmächtigte nur noch diejenigen Miterben vertreten, die seine Vollmacht nicht widerrufen haben. In diesem Fall kann der Bevollmächtigte von der Vollmacht nur noch gemeinsam mit dem Widerrufenden Gebrauch machen. Die Bank/Sparkasse kann verlangen, dass der Widerrufende sich als Erbe ausweist.

Wichtige Hinweise für den Kontoinhaber/Vollmachtgeber

Ab wann und unter welchen Voraussetzungen der Bevollmächtigte von dieser Vollmacht Gebrauch machen darf, richtet sich nach den gesondert zu treffenden Vereinbarungen zwischen dem Kontoinhaber und dem Bevollmächtigten. Unabhängig von solchen Vereinbarungen kann der Bevollmächtigte gegenüber der Bank/Sparkasse **ab dem Zeitpunkt der Ausstellung** dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen.

Die Bank/Sparkasse prüft **nicht**, ob der „Vorsorgefall“ beim Kontoinhaber/Vollmachtgeber eingetreten ist.

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers	
--	--

Der Bevollmächtigte zeichnet:

Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten = Unterschriftenprobe	
--	--

¹ Begriff institutsabhängig, zum Beispiel ec- bzw. Maestro-Karte oder Kundenkarte.

Ihre Bank/Sparkasse ist **gesetzlich verpflichtet**, den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. **Zur Erteilung der Konto-/Depotvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf.**

Hinweise zur Betreuungsverfügung

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, und zwar durch eine Betreuungsverfügung.

Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll).

Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.

Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat.

Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist. **Ja** **Nein**

2. _____

3. _____

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis zur Patientenverfügung

Es ist sehr empfehlenswert, eine Patientenverfügung mit einem Arzt oder einer Ärztin Ihres Vertrauens zu besprechen.

Wenn Sie sich aber entschließen, Ihre Verfügung ohne solche Beratung niederzulegen, lesen Sie bitte den vorgeschlagenen Text sorgfältig durch.

Beschäftigen Sie sich auch mit den medizinischen Erläuterungen hierzu.

Die vorgeschlagene Patientenverfügung soll Ihnen Anlass geben, sich mit den entsprechenden Fragen gründlich auseinander zu setzen.

Deshalb sind Ankreuzfelder für Ihre Entscheidungen vorgesehen.

Persönliche Ergänzungen zur Patientenverfügung

(aktuelle Lebens- und Krankheitssituation , zusätzliche Krankheitszustände mit den jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen, grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben)

Eine wichtige Ergänzung und Verstärkung Ihrer Patientenverfügung ist es, wenn Sie Ihre aktuelle Lebens- und Krankheitssituation sowie ergänzende Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünsche in weiteren, im Formular der Patientenverfügung nicht erwähnten Krankheitsfällen aufschreiben. Darüber hinaus ist es hilfreich, wenn Sie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung und Ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und schriftlich festhalten. Dazu können Ihnen die folgenden Überlegungen und Fragen hilfreich sein:

Zunächst zwei Beispiele, die Folgendes deutlich machen sollen:

In bestimmten Grenzsituationen des Lebens sind Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen im Einzelfall kaum möglich. Wenn Sie sich selbst für die eine oder andere Lösung entscheiden, übernehmen Sie Verantwortung dafür, ob Sie auf der einen Seite auf ein mögliches Stück Leben verzichten wollen, oder ob Sie für eine kleine Chance guten Lebens einen möglicherweise hohen Preis an Abhängigkeit und Fremdbestimmung zu zahlen bereit sind.

Wiederbelebungsversuche sind häufig erfolgreich im Hinblick auf das Wiedereinsetzen der Herz- und Nierentätigkeit. Leider gelingt jedoch viel seltener eine komplette Wiederherstellung aller Gehirnfunktionen. Bei einer Wiederbelebung entscheiden oft Sekunden oder Minuten über den Erfolg. Daher hat der behandelnde Arzt in dieser Situation keine Zeit, lange Diskussionen oder Entscheidungsprozesse zu führen. Er kann auch nicht voraussagen, ob der betreffende Mensch überhaupt nicht zu retten ist, ob er mit einem schweren Hirnschaden als Pflegefall überleben wird oder ob ihm nach erfolgreicher Wiederbelebung ein normales, selbstbestimmtes Leben möglich ist.

Wenn Sie sich über Ihre Behandlungswünsche in solchen Situationen Klarheit verschaffen wollen, könnte die Beantwortung folgender Fragen hilfreich für Sie sein:

- Wünschen Sie, dass Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens wiederbelebt werden, weil eine Chance besteht, nicht nur am Leben zu bleiben, sondern ein weiterhin selbstbestimmtes Leben führen zu können?
- Verzichten Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens auf die Chance, weitgehend folgenlos eine Wiederbelebung zu überstehen, weil der Preis einer möglichen schlimmen Hirnschädigung für Sie zu hoch wäre?

Wachkomapatienten* finden in Ausnahmefällen noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Therapie, aber auch totaler Abhängigkeit in ein selbstbestimmtes, bewusstes Leben zurück. Auch in dieser Situation lässt sich zunächst nicht voraussagen, ob die jeweils

betroffene Person zu den wenigen gehören wird, die in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren oder zu den vielen, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen.

Fragen im Hinblick auf diese Situation könnten sein:

- Wünschen Sie, dass im Falle eines Wachkomas alles Menschenmögliche für Sie getan wird in der Hoffnung, dass Sie vielleicht zu den wenigen gehören, die nach jahrelanger Therapie in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren können?
- Oder ist Ihnen die Vorstellung einer langjährigen totalen Abhängigkeit zu erschreckend, so dass Sie lieber auf diese Lebensmöglichkeit verzichten wollen und nach einer von Ihnen zu bestimmenden Zeit weitere Maßnahmen zur Lebensverlängerung ablehnen?

Natürlich werden Ihre Antworten auf diese Fragen davon abhängen, ob Sie alt oder jung sind, unheilbar krank oder gesund. Sie hängen aber auch ab von Ihren Einstellungen zu dem hinter Ihnen liegenden Lebensabschnitt und von Ihren Vorstellungen über die vor Ihnen liegende Lebensspanne. Und je nach Lebenssituation können die Antworten im Laufe Ihres Lebens immer wieder anders ausfallen.

Die folgenden Fragen sollen Sie anregen, über Ihre eigenen Lebenseinstellungen und Wertvorstellungen nachzudenken:

- Können Sie Ihr Leben rückblickend als gelungen bezeichnen? Oder würden Sie lieber - wenn Sie könnten - Ihr Leben ganz anders führen? Sind Sie enttäuscht worden vom Leben? Gibt es viele unerfüllte Wünsche, von denen Sie hoffen, dass sie zukünftig noch erfüllt werden könnten?
- Wie sind Sie bisher mit leidvollen Erfahrungen in Ihrem Leben umgegangen? Haben Sie sich dabei von anderen helfen lassen oder haben Sie versucht, alles allein zu regeln und alles mit sich selbst auszumachen?
- Haben Sie Angst, anderen zur Last zu fallen, oder sind Sie der Meinung, dass Sie sich gestrost helfen lassen dürfen?
- Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Lebensgestaltung? Und welche Rolle spielt sie in Ihren Zukunftserwartungen, auch über den Tod hinaus?
- Wollen Sie noch möglichst lange leben? Oder ist Ihnen die Intensität Ihres zukünftigen Lebens wichtiger als die Lebensdauer? Geht Ihnen die Qualität des Lebens vor Quantität oder umgekehrt, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist?
- Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Wie gehen Sie damit um? Gibt es für Sie einen Unterschied in der Wertung zwischen geistiger und körperlicher Behinderung? Was wäre die schlimmste Behinderung, die Sie selbst treffen könnte?
- Gibt es viele „unerledigte“ Dinge in Ihrem Leben, für deren Regelung Sie unbedingt noch Zeit brauchen?
- Welche Rolle spielen Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen in Ihrem Leben? Haben Sie gern vertraute Menschen um sich, wenn es Ihnen schlecht geht, oder ziehen Sie sich lieber zurück? Können Sie sich vorstellen, einen Menschen beim Sterben zu begleiten? Würden Sie eine solche Begleitung für sich selber wünschen?

Beschäftigen Sie sich mit den Fragen, die für Sie jetzt wirklich wichtig sind. Nehmen Sie sich Zeit dafür, sprechen Sie mit vertrauten Menschen darüber und notieren Sie die wichtigsten Gedanken auf dem Beiblatt „Meine persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung“.

Dieses Beiblatt ist als ergänzende Erläuterung Teil Ihrer Patientenverfügung. Es dient dazu, die Ernsthaftigkeit und Glaubwürdigkeit Ihrer Entscheidung zu unterstreichen und Ihre persönlichen Überlegungen zu verdeutlichen. Wenn Sie diese nicht ausführlich niederschreiben

wollen, genügt es auch, einige der beispielhaft genannten Fragen schriftlich zu beantworten. Zumindest sollten Sie aber mit eigenen Worten möglichst handschriftlich zum Ausdruck bringen, dass Sie sich gründlich mit der Bedeutung einer Patientenverfügung befasst, den Inhalt der vorgeschlagenen Formulierung verstanden haben und dass die jeweils von Ihnen angekreuzten Aussagen Ihrem eigenen Willen entsprechen. Dann kann später Ihre Verfügung nicht mit der Behauptung angezweifelt werden, Sie hätten möglicherweise einen Vordruck unbesehen oder ohne genaue Vorstellung seiner inhaltlichen Bedeutung unterschrieben.

Sie haben dabei auch die Möglichkeit, sich grundsätzlich zur Frage der Wiederbelebung im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines akuten Lungenversagens zu äußern, wenn Sie das aufgrund Ihres Alters, Ihrer Lebenseinstellung oder Ihrer Krankheitssituation wünschen. Sie können beispielsweise auch festlegen, ob eingreifende Maßnahmen wie Dialyse, künstliche Beatmung, Intensivbehandlung oder große Operationen vorgenommen oder unterlassen werden sollen, wenn Sie sich noch nicht im Endstadium einer Demenz befinden, aber die Fähigkeit zu jeder Kommunikation erloschen ist. Einzelheiten darüber sollten Sie mit einem Arzt oder einer Ärztin besprechen. Das gilt insbesondere, für den Fall schwerer Krankheit.

* Siehe Erläuterungen zum Formular Patientenverfügung, Seite 51.

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, _____

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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. eingefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- _____

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

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

2. In allen 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 anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebungsmaßnahmen.

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

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung).

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung durch _____

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigelegt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

- Ja** **Nein**
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. **Ja** **Nein**
 - Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. **Ja** **Nein**
 - Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. **Ja** **Nein**
 - 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 vor.
- oder gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.
- (Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)**

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt 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, solange ich einwilligungsfähig bin.

Ort, Datum

Unterschrift

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name

Adresse

Telefon, Telefax/E-Mail

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

Name	Adresse	Telefon
------	---------	---------

Ort, Datum	Unterschrift der/des Beratenden
------------	---------------------------------

* (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.)

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

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

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Telefax/E-Mail

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

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Telefax/E-Mail

(Aus: https://www.justiz.bayern.de/media/pdf/broschueren/vorsorge_unfall_krankheit_alter_19_auflage_2019_pdf)

Erläuterungen zum Formular Patientenverfügung

Allgemeines:

Ärztliche Maßnahmen bedürfen stets der Einwilligung des Patienten. Das gilt auch für ärztliche Entscheidungen am Lebensende. Viele Menschen lehnen eine Lebensverlängerung „um jeden Preis“ in bestimmten Situationen für sich ab. Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer PATIENTENVERFÜGUNG. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden. In dem Formular dieser Broschüre sind vier wichtige Grundsituationen beschrieben. Sie haben jedoch die Möglichkeit, in Ihren „Persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung“ weitere für Sie wichtige Krankheitssituationen zu beschreiben und Ihre konkreten Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünsche in diesen Fällen festzulegen. Deshalb ist es sinnvoll, die Patientenverfügung, besonders aber die „Persönlichen Ergänzungen“, vorab mit einem Arzt oder einer Ärztin zu besprechen. Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt oder einer Ärztin zu besprechen und sie mit einer Vollmacht zu verknüpfen. Dabei muss der Inhalt der Patientenverfügung der bevollmächtigten Person bekannt sein.

In Situationen, in denen der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, kann nach geltender Rechtslage der Abbruch einer medizinischen Behandlung zulässig sein. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist jedoch eine entsprechende Willensäußerung des betroffenen Menschen im Vorfeld der Erkrankung.

Zu Nummer 1:

Punkt 3:

Gehirnschädigung: 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 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-Patienten sind bettlägerig, voll pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. Neben dem vollständigen Wachkoma gibt es auch Komazustände, bei denen gelegentlich noch Reaktionen auf optische und akustische Reize oder Berührungen beobachtet werden (sogenannter minimalbewusster Zustand). In äußerst seltenen Ausnahmefällen finden Wachkoma-Patienten und Patienten mit minimalbewusstem Zustand noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Behandlung in ein selbstbestimmtes Leben zurück. 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 nicht möglich.

Punkt 4:

Hirnabbauprozess: 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 erkennen die Kranken selbst nahe Angehörige nicht mehr, werden zunehmend pflegebedürftig und sind schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Zu Nummer 2:

Lebenszeitverkürzung: Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend; eher ist das Gegenteil der Fall. Nur in Extremsituationen muss gelegentlich die Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch gewählt werden, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte „indirekte Sterbehilfe“).

Zu Nummer 3:

Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen: Der Wunsch, in bestimmten Situationen auf lebensverlängernde oder lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten, muss sich nach geltender Rechtslage auf konkrete Behandlungssituationen und auf ganz bestimmte ärztliche Maßnahmen beziehen. Es ist aber nicht notwendig, in einer Patientenverfügung alle erdenklichen Krankheitsfälle mit den jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen aufzulisten. Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Deshalb ist es nicht hilfreich, in einer Patientenverfügung spezielle Maßnahmen, die vielleicht einmal als linderndes Mittel eingesetzt werden könnten, abzulehnen. **Wiederbelebungsmaßnahmen** sind allerdings in der Regel nie leidensmindernd, sondern dienen naturgemäß der Lebenserhaltung. Eine maschinelle Beatmung oder eine Dialyse können aber nicht nur die Lebensqualität verbessern und das Leben verlängern, sondern am Ende des Lebens auch Leiden verlängern. Die bei Verzicht auf eine Beatmung oder Dialyse eventuell auftretenden Leidenssymptome wie etwa Luftnot können sehr gut mit einfachen medizinischen, ausschließlich leidlindernden Maßnahmen behandelt werden. Fragen zu weiteren Maßnahmen sollten mit einem Arzt oder einer Ärztin besprochen werden.

Zu Nummer 4:

Das **Stillen von Hunger- und Durstgefühl** gehört zu den Basismaßnahmen jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt ausnahmslos für Sterbende und mit größter Wahrscheinlichkeit für Patientinnen und Patienten im Wachkoma. Hunger kann nur gestillt werden, wenn er vorhanden ist. Insofern kann in den unter Nummer 1 beschriebenen Zuständen die künstliche Ernährung nur selten als wirklich lindernde Behandlung betrachtet werden.

Das **Durstgefühl** ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden. Aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch kunstgerechte Mundpflege gelindert werden. Umgekehrt kann die Zufuhr zu großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden sogar schädlich sein, weil sie zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

Das Unterlassen der unter Nummer 3 und Nummer 4 genannten lebenserhaltenden Maßnahmen wird als (rechtlich zulässiger) Behandlungsabbruch bezeichnet. Tötung auf Verlangen ist dagegen strafbar und weder ärztlich noch ethisch vertretbar.

Ergänzungen der Patientenverfügung für individuelle Erkrankungen und Notfälle

Der behandelnde Arzt darf grundsätzlich keine Maßnahme ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung ergreifen. Die ärztliche Aufklärung ist dabei wesentlich, damit Sie die Folgen Ihrer Entscheidung tatsächlich einschätzen können. Sie haben ein Recht auf ausführliche Aufklärung und Einsicht Ihrer Unterlagen. Sie sollten als Patient über mögliche Komplikationen aufgeklärt sein und dazu spezifisch Ihren Behandlungswunsch angeben. Das kann nicht ohne die Beratung durch behandelnde Ärzte oder sonstige kompetente Fachkräfte, z. B. eine palliative Fachpflegekraft, geschehen.

Auf den vorstehenden Seiten haben Sie umfangreiche Informationen über die Vorsorgemöglichkeiten durch Patientenverfügung, Vollmacht und Betreuungsverfügung erhalten. Das dort enthaltene Muster einer Patientenverfügung gilt für bestimmte Situationen, wenn Sie Ihren Willen nicht mehr bilden oder äußern können. Die Verfügung ist anwendbar, wenn Sie selbst nicht mehr einwilligungsfähig sind und

- sich aller Wahrscheinlichkeit unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinden,
- sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinden,
- infolge einer Gehirnschädigung Ihre Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, oder
- infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung) Sie auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage sind, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Gegebenenfalls kann jedoch ein Regelungsbedarf über diese Situationen hinaus bestehen. So kann es sinnvoll sein, Behandlungswünsche für das Fortschreiten individueller Erkrankungen festzulegen, wie z.B. des Herzens, der Lunge oder der Nieren, oder bei neurologischen Erkrankungen. Auch der akute Notfall, in dem innerhalb weniger Minuten entschieden werden muss, ob und mit welchen Mitteln lebensverlängernd behandelt werden soll, ist durch die vorstehende Patientenverfügung vielfach nicht abgedeckt.

Insbesondere bei bereits bestehenden Erkrankungen ist es daher empfehlenswert, die Patientenverfügung frühzeitig durch zusätzliche Behandlungsentscheidungen und -wünsche zu ergänzen bzw. an die jeweilige Situation anzupassen. Gleiches gilt, wenn z.B. im hohen Alter Lebenskraft oder Lebenswille nachlassen und in einer Krisensituation nicht mehr jede medizinisch mögliche lebensverlängernde Maßnahme gewünscht ist, die vorne genannten Situationen aber noch nicht eingetreten sind.

1. Lassen Sie sich über mögliche, für Sie wichtige medizinischen Szenarien und Behandlungsmöglichkeiten durch einen geeigneten „Gesprächsbegleiter“ beraten. Eine derartige Beratung finden Sie zunehmend z.B. bei Einrichtungen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung, die das Konzept einer gesundheitlichen Versorgungsplanung in Form des „Advance Care Planning“ (ACP, deutsch „Behandlung im Vorauspla-

nen“, BVP) umsetzen. Das für Ihren Wohnort zuständige ambulante Palliativteam (SAPV-Team) oder der örtliche ambulante Hospizdienst können Ihnen in der Regel Hinweise auf die konkreten Möglichkeiten vor Ort geben. Pflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.

2. Binden Sie Ihren Hausarzt in die Erstellung der ergänzenden Behandlungsentscheidungen ein, damit er medizinische Fragen mit Ihnen erörtern und Sie bei der Entscheidungsfindung unterstützen kann. Daneben kann er im Bedarfsfall auch bestätigen, dass Sie einwilligungsfähig waren und die getroffenen Festlegungen verstanden und gewollt haben.
3. Lassen Sie Ihre Wünsche von Ihrem „Gesprächsbegleiter“ so dokumentieren, dass sie später klar verständlich sind und umgesetzt werden können.
4. Beziehen Sie Ihren zukünftigen Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) in die Gespräche zur Vorausplanung mit ein. So kann der Vertreter Ihre Wünsche besser verstehen und später auch gegenüber Ärzten und Rettungspersonal umsetzen, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind.
5. **Überprüfen Sie die getroffenen Festlegungen regelmäßig und passen Sie sie bei Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Behandlungswünsche entsprechend an.**

Das Konzept des „Behandlung im Voraus planen“ (nähere Informationen hierzu finden sie z.B. unter www.beizeitenbegleiten.de) verfolgt das Ziel, dass Sie so behandelt werden, wie Sie es sich wünschen, auch wenn Sie selber nicht mehr gefragt werden können.

Ein frühzeitiger, strukturierter Gesprächsprozess mit einem speziell dafür ausgebildeten Gesprächsbegleiter und unter Einbeziehung Ihres Hausarztes trägt dazu bei, dieses Ziel zu erreichen. In den Gesprächen werden Ihre individuellen Einstellungen zum Leben und Sterben sowie verschiedene medizinische Szenarien, darunter auch das von Ihnen gewünschte Vorgehen im Notfall, besprochen. Auf dieser Grundlage können Ihre persönlichen Behandlungswünsche und –grenzen formuliert und so festgehalten werden, dass die Wünsche später von Ärzten, Rettungskräften und Pflegern auch verstanden und umgesetzt werden. Ihren Vertreter in diesen Prozess einzubeziehen, ist wichtig, da er in einer Situation, in der Sie selbst nicht mehr entscheiden können, Ihren Willen gegenüber Ärzten und Rettungspersonal wiedergeben muss.

Notfallmappe