

Die Vorsorgemappe

Regionalausgabe Landkreis Rastatt



Vorsorgeunterlagen von:

Vorsorgevollmacht
Betreuungsverfügung
Patientenverfügung
Testament
Bestattungsverfügung

Kreissenorenrat Rastatt e.V.

VR 520942



Vorsorgevollmacht | Seite 1 von 4

Ich

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Telefax

erteile hiermit Vollmacht an:

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Telefax

Diese Vertrauensperson wird bevollmächtigt, mich in allen nachfolgend angekreuzten Angelegenheiten zu vertreten.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn die bevollmächtigte Person das Original dieser Vollmachtsurkunde besitzt und diese auf Verlangen vorlegen kann.

Die eventuelle Unwirksamkeit einzelner Verfügungen in dieser Vollmacht soll die Wirksamkeit der anderen Verfügungen nicht berühren.

1. Gesundheitsfürsorge/Pflegebedürftigkeit

Eine Patientenverfügung liegt vor

Ja Nein

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist verpflichtet, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen und meinem Patientenwillen Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Ja Nein

Vorsorgevollmacht | Seite 2 von 4

■ Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit dem Vornehmen, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). Ja Nein

■ Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Ja Nein

■ Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie...

■ über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 BGB) entscheiden. Ja Nein

■ über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden. Ja Nein

■ über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Abs. 1 BGB) entscheiden. Ja Nein

■ über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Abs. 4 BGB) entscheiden. Ja Nein

■ _____

■ _____

2. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

■ Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja Nein

■ Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung, einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. Ja Nein

■ Sie darf einen neuen Mietvertrag abschließen und kündigen. Ja Nein

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

■ _____

Vorsorgevollmacht | Seite 3 von 4

3. Behörden

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



4. Vermögenssorge

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

namentlich

- 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



- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** vornehmen können:



Vorsorgevollmacht | Seite 4 von 4

5. Post und Fernmeldeverkehr

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

Ja Nein

6. Vertretung vor Gericht

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

Ja Nein

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmachten erteilen.

Ja Nein

8. Betreuungsverfügung

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

Ja Nein

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ja Nein

10. Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtnehmer

11. Bestätigung

Ich, _____
Vor- und Nachname, Anschrift der bezeugenden Person (z. B. Arzt des Vertrauens, Notar)

bestätige, dass Herr/Frau _____
diese Verfügung heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und ich keinen Zweifel daran habe, dass er/sie selbstbestimmt mit eigenem Willen die vorstehenden Entscheidungen getroffen hat.

Ort, Datum

Unterschrift bezeugende Person

Betreuungsverfügung | Seite 1 von 2

Ich

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Telefax

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

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

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Telefax

oder, falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Telefax

Patientenverfügung | Seite 1 von 8

Ich

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Telefax

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes:

1. Situationen, für die diese Verfügung gelten soll

- Wenn ich mich nach ärztlicher Erkenntnis, aller Wahrscheinlichkeit nach, unabwehrbar 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 in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. 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

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

Patientenverfügung | Seite 2 von 8

Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen

2. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich, dass...

alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

2.1 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung

aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

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

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf. Ja Nein

2.2 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene (außer zur Beschwerdelinderung).

die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung).

Patientenverfügung | Seite 3 von 8

2.3 Wiederbelebung

A | In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

Versuche der Wiederbelebung.

oder

die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht gerufen wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen verständigt wird.

B | Nicht nur in den unter 1. beschrieben Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

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

2.4 Künstliche Beatmung

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

2.5 Antibiotika

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Antibiotika.

Patientenverfügung | Seite 4 von 8

2.6 Dialyse

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

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

oder

keine Dialyse, beziehungsweise, dass eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

2.7 Blut/ Blutbestandteile

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

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

oder

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

2.8 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:

Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

hospizlichen Beistand.

Patientenverfügung | Seite 5 von 8

2.9 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnde Ärzteschaft von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

2.10 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigte Person:

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vor- und Nachname		Geboren am
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße und Hausnummer		Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	Mobiltelefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail		Telefax

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuungsperson erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der gewünschten Betreuungsperson besprochen.

Gewünschte Betreuungsperson:

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vor- und Nachname		Geboren am
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße und Hausnummer		Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	Mobiltelefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail		Telefax

Patientenverfügung | Seite 6 von 8

2.11 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung.

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von dem behandelnden ärztlichen Fachpersonal und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertretung – z.B. bevollmächtigte Person / Betreuungsperson – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollte das ärztliche Fachpersonal oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und /oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertretung (z. B. bevollmächtigte Person / Betreuungsperson) erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche / pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner bevollmächtigten Person meiner Betreuungsperson
- der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt
- anderer Person: _____

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber das behandelnde ärztliche Fachpersonal, das Behandlungsteam, meine bevollmächtigte Person / Betreuungsperson aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner bevollmächtigten Person meiner Betreuungsperson
- der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt
- anderer Person: _____

Patientenverfügung | Seite 7 von 8

2.12 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigefügt:

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

2.13 Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis.
- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationen zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
 - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
 - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

2.14 Information und Beratung

- Ich habe mich vor Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei:

- Ich habe mich vor Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch:

2.15 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am: _____ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum, Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

Patientenverfügung | Seite 8 von 8

3.1 COVID-19

Für den Fall, dass ich an COVID-19 erkrankt bin und meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich eine Ergänzung zu dieser Patientenverfügung verfasst.

Ja Nein

3.2 Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

3.3 Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

3.4 Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bestätige.

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

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift

3.5 Bestätigung, Aktualisierung

Diese Patientenverfügung habe ich aktualisiert am:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ergänzung zu meiner Patientenverfügung | Seite 2 von 2

Festlegung bei behandlungspflichtiger Coronainfektion (COVID-19) und unter Berücksichtigung meiner Begleiterkrankungen und Lebensumstände.

- Ich wünsche und bestimme, dass alle lindernden, medizinisch möglichen und angezeigten Behandlungen (Maximaltherapie) vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten. Mir ist bewusst, dass die gewünschte Maximaltherapie definierte Maßnahmen wie Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation); künstliche Beatmung mittels Beatmungsschlauch; künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr; Gabe von Blut(-bestandteilen); künstliche Blutwäsche (Dialyse, Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren); Gabe von Antibiotika und ggf. noch weitere intensivmedizinische Maßnahmen beinhaltet.
- oder**
- Ich wünsche und bestimme, dass ich bei einer Coronainfektion im Krankenhaus, aber nicht auf der Intensivstation behandelt werde. Ich verzichte also bewusst auf die Intensivtherapie (Maximaltherapie) mit Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation); künstliche Beatmung mittels Beatmungsschlauch; künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr; künstliche Blutwäsche (Dialyse, Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren) und ggf. noch weitere intensivmedizinischen Maßnahmen, möchte aber stationär im Krankenhaus auf einer Normalstation mit Infusionen, Antibiotika etc. behandelt werden.
- oder**
- Ich wünsche und bestimme, dass ich bei einer Coronainfektion zu Hause bzw. an meinem aktuellen Aufenthaltsort behandelt werde. Dies beinhaltet die eventuell zusätzlich nötige antibiotische Behandlung und die Sauerstoffgabe vor Ort, jedoch den Verzicht auf eine Krankenhauseinweisung, Reanimation und Intensivtherapie (gleich welcher Art).
- oder**
- Ich wünsche und bestimme ausschließlich lindernde Maßnahmen (Palliativversorgung). Gemäß den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer wünsche ich fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege sowie Körperpflege und Linderung von belastenden Symptomen wie z.B. Atemnot, Schmerzen, Übelkeit, Angst und Unruhe.

Weitere Festlegungen

- Ich bestimme, dass Betreuer, Bevollmächtigte und Mitarbeitende des Krankenhauses (auch Ärzte) nicht berechtigt sind, aufgrund einer „mutmaßlichen Änderung meines Willens“ von den Bestimmungen dieser Verfügung abzuweichen.
- Zur Durchsetzung der in dieser Verfügung getroffenen Festlegungen bevollmächtige ich:

Vor- und Nachname der bevollmächtigten Person

Mein in dieser Verfügung geäußelter Wille zu medizinischen Maßnahmen soll von den ärztlichen und pflegerischen Behandlungsteams befolgt werden. Meine bevollmächtigte Person oder meine Betreuungsperson soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Sollten Ärzte oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Verfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner bevollmächtigten Person oder meiner Betreuungsperson erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Bestattungsverfügung | Seite 1 von 4

Von:

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Mobiltelefon

Für den Fall meines Todes bestimme ich nachfolgende Vorgehensweise bezüglich der Bestattung meiner sterblichen Überreste.

1. Bestattungsart

Ich wünsche eine Erdbestattung

Im Reihengrab

Im Wahlgrab

Im anonymen Erdgrab

Ich wünsche eine Feuerbestattung

Im (Erd-) Urnengrab

Im anonymen Urnengrab

In einer Urnenstele

Ich wünsche eine Seebestattung

Ich wünsche eine Baumbestattung

Andere Bestattungsart: _____

2. Bestattungsort

Ich möchte an folgendem Ort beigesetzt werden: _____
Ort/Friedhof

Ich verfüge bereits über eine Grabstätte:

Ort/Friedhof/Grabnummer

3. Durchführung der Trauerfeier

Ich wünsche...

keine Trauerfeier

eine Trauerfeier am Grab

eine Trauerfeier vor der Beisetzung

eine Trauerfeier vor der Kremation
(bei einer Feuerbestattung)

Bestattungsverfügung | Seite 2 von 4

4. Teilnehmer und Bestandteile der Trauerfeier

- Ich wünsche eine Trauerfeier im engsten Familienkreis
- Ich wünsche eine Trauerfeier mit Freunden und Bekannten
- Ich wünsche eine öffentliche Trauerfeier
- Eine Liste der gewünschten Trauergäste habe ich auf einem Beiblatt notiert

Die Feier soll eine Aufbahrung meines Leichnams beinhalten Ja Nein

5. Religiöser Beistand und Trauerrede

- Ich wünsche keinen religiösen Beistand
- Ich wünsche religiösen Beistand von folgender Kirche / Glaubensgemeinschaft:

- Es soll eine Trauerrede gehalten werden

Die Rede soll gehalten werden von: _____

6. Musik

- Ich wünsche keine Musik
- Es soll folgende Musik von einem Tonträger abgespielt werden:

- Ich wünsche Livemusik von: _____

7. Blumenschmuck

- Ich wünsche keinen Blumenschmuck Ich wünsche Blumenschmuck für den Sarg
- Ich wünsche Blumenschmuck für die Urne Ich wünsche Blumenschmuck für das Grab

Meine Wunschblumen: _____

Bestattungsverfügung Seite 3 von 4

8. Traueranzeige / Trauerkarten

Ich wünsche eine Zeitungsanzeige Ja Nein Ich wünsche Trauerkarten Ja Nein

Text für die Zeitungsanzeige: _____

Text für die Trauerkarten: _____

9. Grabmal

Ich wünsche ein Grabmal Ja Nein

Ich wünsche, dass die Gestaltung und Inschrift von meinen Angehörigen festgelegt wird

Ich wünsche die Gestaltung und Inschrift wie folgt: _____

10. Grabpflege

Ich habe einen Dauergrabpflegevertrag abgeschlossen

Name und Anschrift der Friedhofsgärtnerei: _____

Für die langfristige Sicherstellung der Grabpflege soll ein Dauergrabpflegevertrag abgeschlossen werden.

11. Finanzierung der Bestattung

Meine Bestattung ist finanziell abgesichert durch:

einen Bestattungsvorsorgevertrag eine Vorsorgeversicherung ein Sparkonto

Institut: _____ Vertrags-Nr.: _____

Anschrift / Telefon: _____

Sonstiges: _____

Bestattungsverfügung | Seite 4 von 4

12. Organisation der Bestattung

Ich beauftrage folgende Person mit der Organisation meiner Bestattung. Ich bevollmächtige diese Person, alle Entscheidungen hinsichtlich der Bestattung zu treffen und Erklärungen gegenüber Dritten abzugeben. Dabei sollen meine Verfügungen befolgt werden.

Vor- und Nachname

Telefon

Straße und Hausnummer

Mobiltelefon

PLZ

Ort

E-Mail

13. Sonstiges

Ich habe ein Testament erstellt

Das Testament ist hinterlegt / zu finden: _____

Mein Ausweis, meine Krankenkassenkarte und mein Familienstammbuch sind zu finden:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben aus freiem Willen und ohne äußeren Druck gemacht habe. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Von allen Beteiligten erwarte ich, dass dieser Verfügung in jedem Fall Folge geleistet wird. Sollte eine Bestimmung nicht möglich oder eine Situation nicht hinreichend beschrieben sein, so soll der aus meinen Dokumenten hervorgehende, mutmaßliche Wille umgesetzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Zeuge (Vor- und Nachname): _____

Ort, Datum

Unterschrift

Notarieller Beglaubigungsvermerk

PERSÖNLICHE DATEN

Meine persönlichen Daten

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Staatsangehörigkeit

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Telefax

Pass-/Ausweisnummer

Familienstand

Behindertenausweis: Ja Nein Organspendeausweis: Ja Nein

Hausärztliche Praxis:

Name

Telefon

Sozialstation / Pflegedienst

Name

Telefon

Angehörige / Bezugspersonen

Name

Telefon

Name

Telefon

Name

Telefon

Name

Telefon

Bevollmächtigte(r)

Name

Telefon

Vorsorgeregungen

Ich habe die folgenden Vorsorgeverfügungen getroffen:

Vorsorgevollmacht erteilt an:

Vor- und Nachname

Telefon

Straße und Hausnummer

Mobiltelefon

PLZ

Ort

E-Mail

Betreuungsverfügung

Patientenverfügung

Bestattungsverfügung

Meine Vorsorgeverfügungen sind im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registriert.

Bankvollmacht*

Ich habe eine Bankvollmacht für folgende Person erteilt:

Vor- und Nachname

Telefon

Straße und Hausnummer

Mobiltelefon

PLZ

Ort

Die Bankvollmacht gilt für die folgenden Konten:

IBAN

Geldinstitut

IBAN

Geldinstitut

Die Originalausfertigungen der Bankvollmacht(en) befinden sich:

* Eine Bankvollmacht wird von den meisten Geldinstituten nur auf hauseigenen Formularen akzeptiert. Wenden Sie sich diesbezüglich an Ihr kontoführendes Geldinstitut.

Computerpasswörter

Die Passwörter für meinen Computer und mein Smartphone habe ich in einem verschlossenen Umschlag hinterlegt. Den Aufbewahrungsort kennt:

Vor- und Nachname

Telefon

Versicherungen

Rentenversicherung:

Versicherungsnummer

-

Kennzeichen

Aufbewahrungsort

Die Unterlagen für die folgenden sonstigen Versicherungen befinden sich:

Aufbewahrungsort

Krankenversicherung

Lebensversicherung

Privathaftpflicht

Pflege-Zusatzversicherung

Unfallversicherung

Hausratversicherung

Kfz-Versicherung

Sterbegeldversicherung

Rechtsschutzversicherung

Bankunterlagen / Steuerunterlagen

Meine Bankunterlagen / Steuerunterlagen befinden sich:

Aufbewahrungsort

Wohnung

Ich wohne: Im eigenen Haus / eigener Wohnung

Zur Miete

Vermieter:

Vor- und Nachname

Telefon

Straße und Hausnummer

Mobiltelefon

PLZ

Ort

Die Hausschlüssel Wohnungsschlüssel sind hinterlegt bei:

Vor- und Nachname

Telefon

Nachlassregelungen

Ich habe meine Nachlassverfügung wie folgt getroffen:

Handschriftliches Testament Notarielles Testament Erbvertrag

Name und Anschrift des Notariats, bei dem mein Testament/Erbvertrag errichtet wurde:

Notariat

Telefon

Straße und Hausnummer

E-Mail

PLZ

Ort

Kenntnis von meiner Nachlassverfügung hat:

Vor- und Nachname

Telefon

Straße und Hausnummer

Mobiltelefon

PLZ

Ort

Aufbewahrungsort meines (handschriftlichen) Testaments:

Bestattung

Ich habe eine Bestattungsverfügung erstellt

Ja Nein

Aufbewahrungsort meiner Bestattungsverfügung:

Ich habe einen Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen

Ja Nein

Bestattungsinstitut

Telefon

Straße und Hausnummer

E-Mail

PLZ

Ort