

Mit uns richtig vorsorgen.

Sicherheit und Selbstbestimmung
bei Krankheit und Behinderung



VORSORGE KOMPASS

Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa
in Zusammenarbeit mit dem Kreissenorenbeirat



GRUßWORT UND HINWEISE



Grüßwort und Hinweise

Persönliche Daten

Daten zur Gesundheit

Regelungen zu
Vorsorge und
Nachlass

Vorsorge-
vollmacht

Betreuungs-
verfügung

Patienten-
verfügung

Beratung und
Unterstützung

Sonstiges

Grußwort

des Landrates und des Kreissenorenbeirates

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Bürgerinnen und Bürger,

nutzen Sie die Zeit, um mit Ihren Vertrauenspersonen über die wichtigen Fragen der Vorsorge zu reden und rechtzeitig die erforderlichen Vorkehrungen zu treffen. Damit gehen Sie sicher, dass Ihr Wille auch dann beachtet wird, wenn Sie infolge eines Unfalls, einer Erkrankung oder einer Behinderung zu einer Willensbildung vorübergehend oder anhaltend nicht mehr in der Lage sein sollten. Sie können mit dem vorliegenden Vorsorgekompass wichtige Informationen weitergeben, damit Ihnen bei Bedarf schnell und sachgerecht nach Ihren Vorstellungen geholfen wird.

Nehmen Sie sich genügend Zeit um Ihre Gedanken zu ordnen und zu überlegen, was Ihnen wichtig ist, um die Mappe nach Ihren Vorstellungen zu gestalten. Die Daten, die Sie eintragen, bestimmen, was nach einem Notfall geschehen soll. Diese Blätter können auf Ihren Wunsch ergänzt und korrigiert werden. Sie haben zudem auch die Möglichkeit weitere Unterlagen, Formulare und Urkunden, die für Sie wichtig sind, einzulegen oder den Aufbewahrungsort wichtiger Papiere zu vermerken. Die in dieser Broschüre verwendeten Unterlagen sind lediglich Vorschläge.

Wir möchten Ihnen ans Herz legen, das Thema der Vorsorge nicht aufzuschieben, sondern noch bei guter Gesundheit damit anzufangen. Dabei ist es wichtig, dass Sie Ihre Angehörigen und/oder Ihre Vertrauensperson(en) darüber informieren, wo Sie die Festlegungen aufbewahren, damit diese im Notfall darauf Zugriff haben können. Der hier entwickelte Vorsorgekompass ist als Druckversion erhältlich und steht im Internet unter https://www.lkspn.de/kreisverwaltung/pflege_beratung.html zum Download zur Verfügung.

Die Unterlagen wurden in Zusammenarbeit der Sozialplanung, des Pflegestützpunktes, der Betreuungsbehörde und des Kreissenorenbeirates erstellt und beruhen auf einer Idee des Kreissenorenrates des Landkreises Konstanz, dem wir ganz herzlich für die Unterstützung und Nutzung der Daten danken.



Harald Altekrüger
Landrat



Dr. Gert-Dieter Andreas
Vorsitzender des Kreissenorenbeirates

Hinweise und grundlegende Informationen

Wir alle können durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, dass wir wichtige Angelegenheiten unseres Lebens nicht mehr selbstverantwortlich regeln können. Im besten Fall sind die Vorkehrungen überflüssig, weil wir zum Glück bis zuletzt selbstbestimmt und handlungsfähig bleiben. Wenn wir aber nach einem Unfall, Schlaganfall, Herzinfarkt oder aufgrund fortschreitender Demenz in eine Lage kommen, in der wir nicht mehr selbst entscheiden können, sind eine Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und eine Patientenverfügung von unschätzbarem Wert. Für uns selbst, aber auch für die Menschen, die uns nahestehen.

In vielen Fällen werden Ihnen Angehörige oder Freunde bei schwerer Erkrankung beistehen. Wenn aber rechtsverbindliche Erklärungen oder Entscheidungen gefordert sind, dürfen diese Sie gesetzlich nicht uneingeschränkt vertreten. Ihre Kinder dürfen Sie nach dem Gesetz überhaupt nicht vertreten. Ihr Ehegatte ist gesetzlich nur dazu befugt, Sie für die Dauer von längstens sechs Monaten in bestimmten Angelegenheiten der Gesundheitspflege zu vertreten, wenn Sie diese aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit rechtlich nicht selbst regeln können. In anderen Angelegenheiten (z. B. der Vermögenssorge) bzw. über diese Zeitdauer hinaus, darf Sie nach dem Gesetz auch Ihr Ehegatte nicht vertreten. Uneingeschränkt können Angehörige für Sie nur in zwei Fällen entscheiden oder Erklärungen abgeben: Entweder aufgrund einer rechtsgeschäftlichen Vollmacht oder wenn sie gerichtlich bestellter Betreuer sind.

Die Vorsorgeregeln dokumentieren Ihren Willen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können. Es sollte sichergestellt sein, dass dieser Wille im Zweifel auch von einer Vertrauensperson zur Geltung gebracht werden kann, die mit Rechtsmacht für Sie sprechen darf. Dies ist die Person, welche Sie hierzu bevollmächtigt haben.

Wichtig ist, Kopien der Vorsorgeunterlagen bei Ihrem Bevollmächtigten, Betreuer oder einer anderen Vertrauensperson zu hinterlegen. Alle Unterlagen können Sie auch beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) gegen eine geringe Gebühr registrieren lassen.

Kernstück dieses Vorsorgekompass sind ausfüllbare Formulare für Ihre persönlichen Daten, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung, so dass jeder seine Vorsorgedokumente selbst erstellen kann. Die Erläuterungen und Formularmuster entsprechen dabei der im Jahr 2024 geltenden Rechtslage.

Die verwendeten Unterlagen sind Vorschläge und sind zum Teil von der Website des Bundesministeriums der Justiz entnommen.

Die Verbraucherzentralen bieten darüber hinaus die Möglichkeit, online die entsprechenden Formulare zu erstellen.

Die Formulare sollen Ihnen Anlass geben, sich mit den entsprechenden Fragen gründlich auseinander zu setzen. Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen eine individuelle Gestaltung der Unterlagen nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen. Textpassagen, die für Sie nicht gelten sollen, können Sie durchstreichen.

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, sind die Unterlagen in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und ungültig. Wollen Sie in die vorgesehenen Leerzeilen nichts eintragen, so sollten Sie mit Füllstrichen den möglichen Vorwurf nachträglicher Veränderung entkräften.

Wer sich mit einzelnen Themen vertieft befassen will, findet Hinweise und Links auf hilfreiche weitere Informationsquellen.

Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie unbedingt rechtlichen Rat suchen oder die Hilfe der Betreuungsbehörde bzw. eines Betreuungsvereins in Anspruch nehmen.

PERSÖNLICHE DATEN



Persönliche
Daten

Daten zur
Gesundheit

Regelungen zu
Vorsorge und
Nachlass

Vorsorge-
vollmacht

Betreuungs-
verfügung

Patienten-
verfügung

Beratung und
Unterstützung

Sonstiges

Persönliche Daten I

Zur Person		
Titel	Vorname	Name
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Konfession
Geburtsname		Pass-/Ausweisnummer
Geburtsdatum	Geburtsort	
Adresse		
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Kontakt		
Telefon		E-Mail
Arbeitgeber		
Name/Firma		Telefon
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Renten-/Versorgungskasse		
Name		Telefon
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Notfallkontakte		
1. Notfallkontakt Name		Telefon
Straße, Nr.		PLZ, Ort
2. Notfallkontakt Name		Telefon
Straße, Nr.		PLZ, Ort
3. Notfallkontakt Name		Telefon
Straße, Nr.		PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Persönliche Daten IV

Wichtige Versicherungsunterlagen

Versicherung	Name/Anschrift/Telefon	Informationen
Gebäude- versicherung	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
Hausrat- versicherung	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
Privathaftpflicht- versicherung	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
Unfall- versicherung	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
Lebens- versicherung	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
Sterbegeld- versicherung	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	

Datum, Unterschrift

Persönliche Daten V

Wichtige Versicherungsunterlagen

Versicherung	Name/Anschrift/Telefon	Informationen
KFZ- versicherung	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
Rechtsschutz- versicherung	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
Renten- versicherung Renteneintrittsdatum 	Name	Versicherungsnummer:
	Anschrift	wo hinterlegt:
	Telefon	
	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	
	Name	Versicherungsnummer
	Anschrift	wo hinterlegt
	Telefon	

Datum, Unterschrift

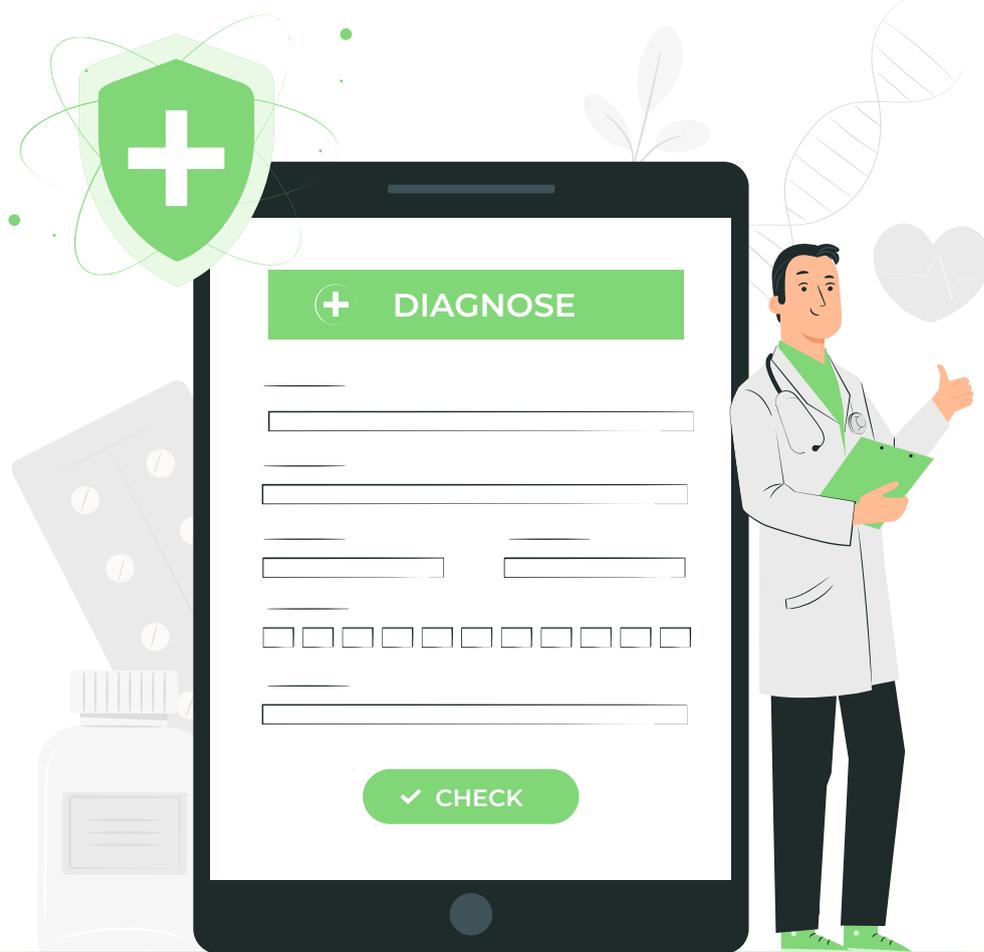
Persönliche Daten VII

Wichtige Informationen zu Mitgliedschaften (Vereine, Parteien usw.):

Name	Anschrift/Telefon	Informationen
	Anschrift	Mitgliedsnummer
	Telefon	wo hinterlegt
	Anschrift	Mitgliedsnummer
	Telefon	wo hinterlegt
	Anschrift	Mitgliedsnummer
	Telefon	wo hinterlegt
	Anschrift	Mitgliedsnummer
	Telefon	wo hinterlegt
	Anschrift	Mitgliedsnummer
	Telefon	wo hinterlegt
	Anschrift	Mitgliedsnummer
	Telefon	wo hinterlegt
	Anschrift	Mitgliedsnummer
	Telefon	wo hinterlegt
	Anschrift	Mitgliedsnummer
	Telefon	wo hinterlegt

Datum, Unterschrift

DATEN ZUR GESUNDHEIT



Daten zur
Gesundheit

Regelungen zu
Vorsorge und
Nachlass

Vorsorge-
vollmacht

Betreuungs-
verfügung

Patienten-
verfügung

Beratung und
Unterstützung

Sonstiges

Gesundheitsdaten I

Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Name der Krankenkasse
Anschrift	Kartennummer
Telefon	Versicherungsnummer
Ich bin von Zuzahlungen befreit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufbewahrungsort Versicherungsunterlagen
Behindertenausweis	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein GdB/Merkzeichen	Aufbewahrungsort
Organspendeausweis	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufbewahrungsort
Blutgruppe	
	Aufbewahrungsort Blutgruppennachweis <i>(falls vorhanden)</i>
Medikamente	
Lebensnotwendige Medikamente	Medikamentenplan <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Aufbewahrungsort
Allergien/Unverträglichkeiten von Medikamenten	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Allergien/Unverträglichkeiten	Allergiepass <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufbewahrungsort
Sonstige Anmerkungen und Besonderheiten zur Gesundheit bzw. chronische Erkrankungen	

Datum, Unterschrift

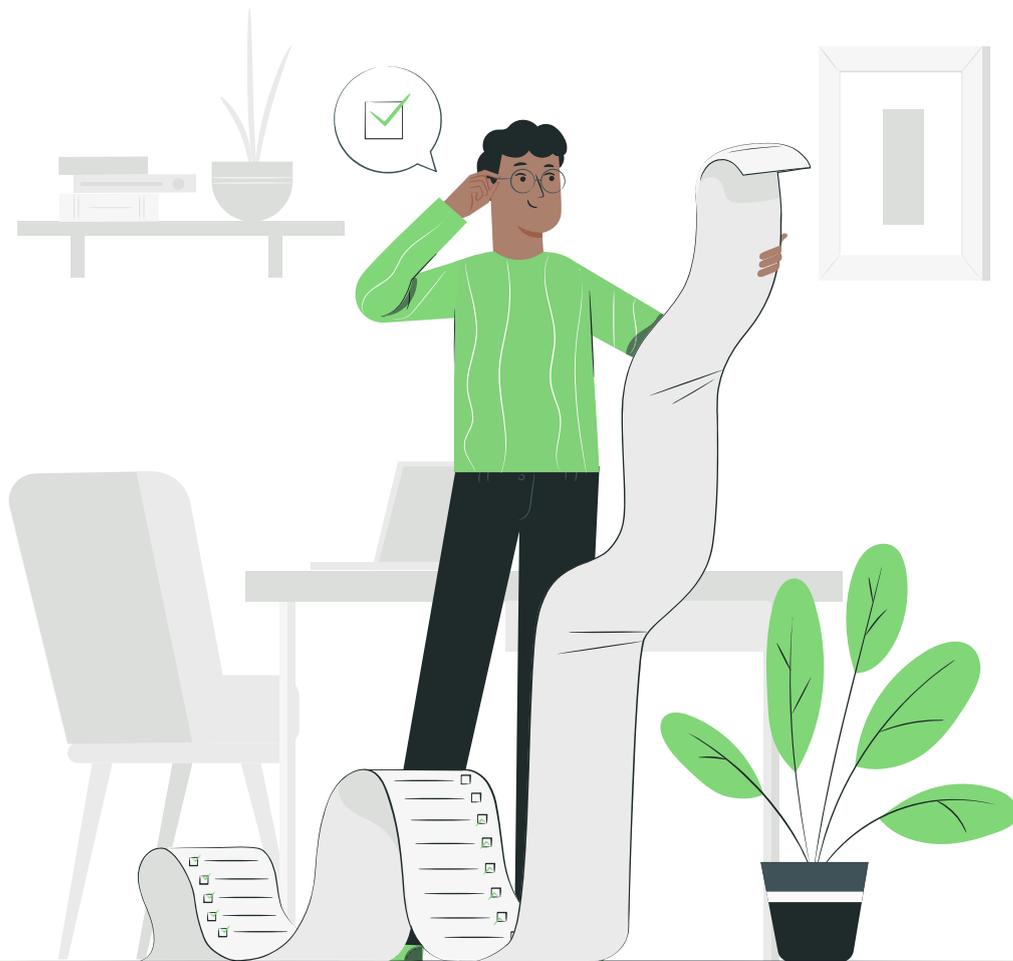
Gesundheitsdaten II

Ärztinnen und Ärzte

Fach	Name/Anschrift/Telefon
Hausärztin/-arzt	Name
	Anschrift
	Telefon
Fachärztin/-arzt für	Name
	Anschrift
	Telefon
Fachärztin/-arzt für	Name
	Anschrift
	Telefon
Fachärztin/-arzt für	Name
	Anschrift
	Telefon
Fachärztin/-arzt für	Name
	Anschrift
	Telefon
Fachärztin/-arzt für	Name
	Anschrift
	Telefon

Datum, Unterschrift

REGELUNGEN ZUR VORSORGE UND NACHLASS



Regelungen zu
Vorsorge und
Nachlass

Vorsorge-
vollmacht

Betreuungs-
verfügung

Patienten-
verfügung

Beratung und
Unterstützung

Sonstiges

Regelungen zur Vorsorge und Nachlass I

Ich habe folgende Verfügungen getroffen:

Vorsorgevollmacht		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum	wo hinterlegt
im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Nummer
Betreuungsverfügung		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum	wo hinterlegt
im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Nummer
Patientenverfügung		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum	wo hinterlegt
im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Nummer
Bankvollmacht		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum	wo hinterlegt
Passwörter digitaler Unterlagen		
Es gibt eine Tabelle, in der die digitalen Geschäftspartner und Zugangsmöglichkeiten enthalten sind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		wo hinterlegt
Vollmacht für digitale Angelegenheiten		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum	wo hinterlegt
Testament		
<input type="checkbox"/> handschriftliches Testament	Datum	wo hinterlegt
<input type="checkbox"/> notarielles Testament	Datum	wo hinterlegt
		Nummer
<input type="checkbox"/> Erbvertrag	Datum	wo hinterlegt
		Nummer
Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat		

Datum, Unterschrift

Regelungen zur Vorsorge und Nachlass II

Bestattungsvorgaben und Wünsche

Art der Bestattung	
<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Anderes
<input type="checkbox"/> Feuerbestattung	
<input type="checkbox"/> Anonyme Bestattung	
<input type="checkbox"/> Baumbestattung in einem Friedwald / Ruhewald	
Ort der Bestattung	
Ich wünsche eine Bestattung auf folgendem Friedhof	
Eine Grabstätte ist vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grabnummer
Bestattungsvertrag	
Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wo hinterlegt
Name Bestattungsinstitut	
Anschrift	Telefon
Wünsche	
Sonstiges	

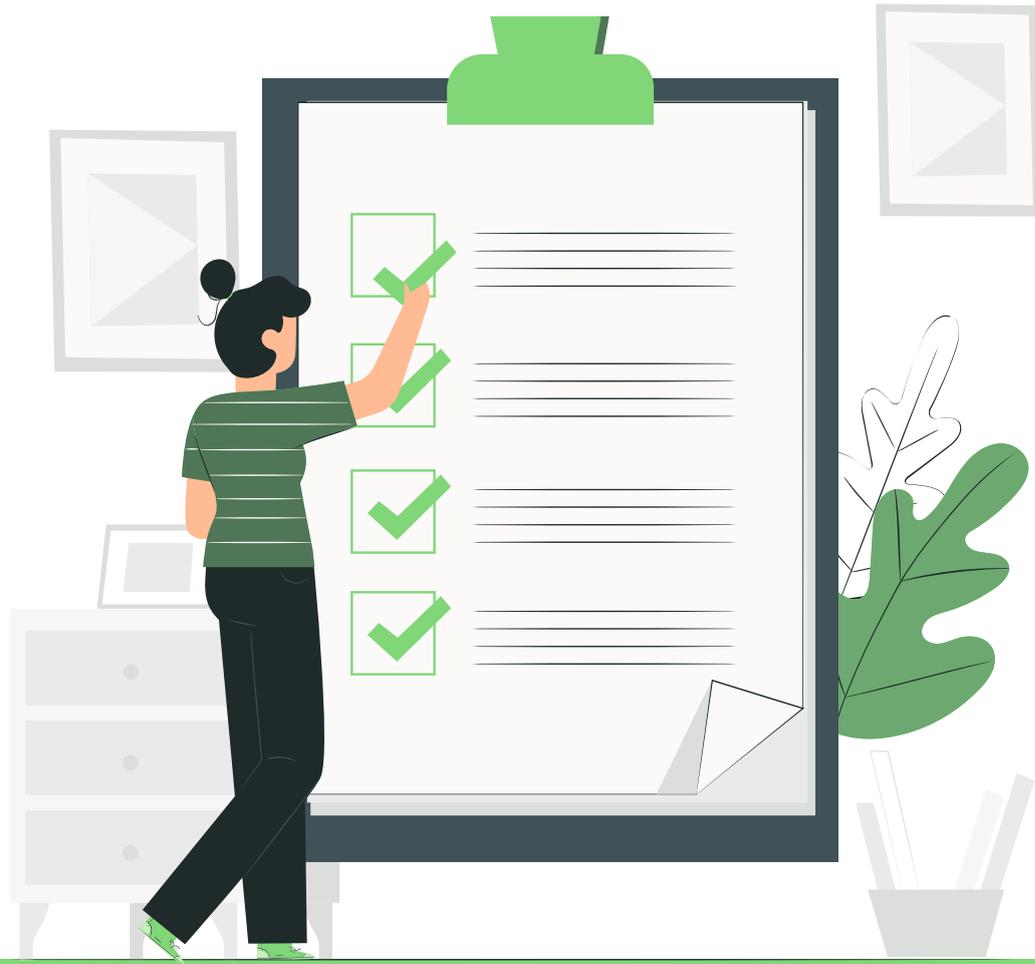
Datum, Unterschrift

Regelungen zur Vorsorge und Nachlass III

Was ist nach einem Todesfall zu tun?

BESTATTUNG	Notizen
Todesbescheinigung vom Arzt/Krankenhaus	
Bestattungsunternehmer beauftragen	
Beerdigungstermin festlegen	
Kirchengemeinde verständigen	
Sterbeurkunde beim Standesamt beantragen	
Traueranzeigen in Zeitungen in Auftrag geben	
Trauerkarten bestellen und versenden	
BEHÖRDEN	Notizen
Arbeitgeber informieren	
Krankenkasse informieren	
Rentenversicherung / Pensionsstelle informieren	
Finanzamt verständigen	
Testament / Erbschein beantragen	
VERSICHERUNGEN	Notizen
Lebens- / Sterbegeldversicherung informieren	
Gewerkschaft informieren (Sterbegeldversicherung?)	
Versicherungen kündigen	
GELDANGELEGENHEITEN	Notizen
Bank(en) informieren ggf. Daueraufträge / Einzugsermächtigungen aussetzen lassen	
WOHNUNG	Notizen
Mietwohnung, Garage u. a. kündigen	
Radio / TV abmelden bzw. umschreiben	
Telefon / Handy abmelden bzw. umschreiben	
Abonnements (Zeitungen) kündigen	
Wohnungsauflösung vorbereiten	
Schlussablesungen Strom, Gas, Wasser, usw.	
MITGLIEDSCHAFTEN	Notizen
Vereinsmitgliedschaften kündigen	
Parteimitgliedschaft kündigen	
AUTO	Notizen
Kraftfahrzeug abmelden bzw. umschreiben	
SONSTIGES	

VORSORGE- VOLLMACHT



Vorsorge-
vollmacht

Betreuungs-
verfügung

Patienten-
verfügung

Beratung und
Unterstützung

Sonstiges

Vorsorgevollmacht

Hinweise und Informationen

Warum benötige ich eine Vorsorgevollmacht?

Wenn Sie für den Fall der Fälle keine Vorsorgevollmacht erstellt und keine Person bevollmächtigt haben, Ihre Angelegenheiten wahrzunehmen, bestellt das Betreuungsgericht einen Betreuer für Sie. Dieser übernimmt dann für Sie unter Aufsicht des Gerichts bestimmte festgelegte Aufgabenbereiche.

Bei Ehegatten oder Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt seit dem 1. Januar 2023 das Notvertretungsrecht (§ 1358 BGB). Dann kann im Fall der Bewusstlosigkeit oder plötzlicher Handlungsunfähigkeit der andere Ehegatte oder Partner Sie in einigen Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung vertreten. Das Vertretungsrecht ist begrenzt auf einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten.

Warum sollte ich mich für eine Vorsorgevollmacht entscheiden?

Das Notvertretungsrecht kann nicht verlängert werden, es endet nach sechs Monaten automatisch. Zudem umfasst das Notvertretungsrecht nur einen begrenzten Umfang an Befugnissen hinsichtlich der Gesundheits- und Vermögenssorge. Es erlaubt auch nicht, auf das Bankkonto des Partners oder der Partnerin zuzugreifen.

Mit einer Vorsorgevollmacht können Sie frühzeitig selbst bestimmen, wer Ihre Interessen im Notfall vertritt – das muss nicht der Partner oder die Partnerin sein. Die Befugnisse in einer solchen Vollmacht können weit über die Angelegenheiten der medizinischen Versorgung hinausgehen. Der oder die Vollmachtgebende kann bestimmen, wie lange die Vollmacht gelten soll.

Ab wann ist die Vorsorgevollmacht gültig?

Die Vorsorgevollmacht gilt bereits unmittelbar in dem Fall, in dem die Handlungsunfähigkeit eintritt, und muss nicht noch von einem Gericht bestätigt werden. Zudem können Sie festlegen, dass von der Vorsorgevollmacht erst Gebrauch gemacht werden darf, wenn Sie selbst nicht mehr in der Lage sind, über Ihre Angelegenheiten zu entscheiden.

Muss die Vorsorgevollmacht handschriftlich verfasst sein?

Nein, Sie müssen eine Vorsorgevollmacht nicht handschriftlich verfassen. Allerdings dürfen die eigenhändige Unterschrift, Datum und Ort nicht fehlen.

Muss ich die Vorsorgevollmacht beglaubigen lassen?

Um Zweifel an der Echtheit und Wirksamkeit der Vollmacht vorzubeugen, empfiehlt das Bundesministerium der Justiz, die Vollmacht notariell beurkunden zu lassen. Dazu ist auch die Betreuungsbehörde befugt. Mit einer Beglaubigung der Unterschrift durch die Betreuungsbehörde wird deren Echtheit ebenfalls bestätigt.

Wo kann ich die Vorsorgevollmacht hinterlegen?

Sie können die Vorsorgevollmacht im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer gegen eine Gebühr registrieren lassen.

Die Verbraucherzentralen bieten darüber hinaus die Möglichkeit, online die entsprechenden Formulare zu erstellen.

Vollmacht Seite 1

Vollmacht

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

Fortsetzung Seite 2

1. 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 eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB). ja nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. ja nein
- Solange es erforderlich ist, darf sie

 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) ja nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB) ja nein

entscheiden.
- ■
- ■
- ■

2. Aufenthalt 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 Wohnungsmietvertrag 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
- ■

Fortsetzung Seite 3

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, zurücknehmen, namentlich ja nein
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ja nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja nein
- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ja nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**) ja nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). ja nein

■

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

■

■

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Fortsetzung Seite 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 Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja nein

6. Vertretung vor Gericht

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

ja nein

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

ja nein

8. Betreuungsverfügung

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

ja nein

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

ja nein

10. Weitere Regelungen

-

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

BETREUUNGS- VERFÜGUNG



Betreuungs-
verfügung

Patienten-
verfügung

Beratung und
Unterstützung

Sonstiges

Betreuungsverfügung

Hinweise und Informationen

Betreuungsverfügung – was ist das?

Rechtliche Betreuung wird dann notwendig, wenn ein volljähriger Mensch wegen einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbstständig zu regeln. Jeder kann durch einen Unfall, eine Krankheit oder am Ende seines Lebens in eine derartige Situation geraten.

Mit der Betreuungsverfügung können Sie im Voraus selbst festlegen, wen das Gericht im Bedarfsfall als Ihren rechtlichen Betreuer bestellen soll. Damit haben Sie die Möglichkeit, eine Person aus Ihrem familiären oder privaten Umfeld auszuwählen, der Sie diese Aufgabe anvertrauen. Das Gericht ist an Ihre Wahl gebunden, solange sie zu Ihrem Wohl ist.

Was regelt die Betreuungsverfügung?

Mit der Betreuungsverfügung können Sie folgende Angaben festlegen:

- Eine Person benennen, die zu Ihrem Betreuer bestellt werden soll – mit Namen, Anschrift, Geburtsdatum sowie Kontaktmöglichkeiten.
- Eine weitere Person festlegen, falls die zuerst benannte Person nicht zum Betreuer bestellt werden kann.
- Personen benennen, die Ihre Betreuung nicht übernehmen sollen. Dabei können Sie allerdings keine allgemeinen Angaben wie „Fremde“ machen, sondern müssen explizit bestimmte Personen namentlich nennen.
- Wünsche festlegen, die der Betreuer respektieren soll, wie zum Beispiel bestimmte Gewohnheiten oder die Regelung, ob Sie im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim wünschen. Generell ist es möglich, in der Betreuungsverfügung zu bestimmen, wie und wo Sie wohnen möchten.
- Genaue Aufgaben festlegen, die der Betreuer erledigen soll und welche nicht.

Wer braucht eine Betreuungsverfügung?

Jeder, der in gesunden Tagen selbstbestimmt festlegen möchte, wer im Bedarfsfall seine rechtlichen Angelegenheiten klären soll und wer nicht. Eine Betreuungsverfügung ist nicht erforderlich, wenn in einer Vorsorgevollmacht die persönlichen Angelegenheiten erfasst sind und von einem Bevollmächtigten ebenso gut verrichtet werden.

Was ist bei einer Betreuungsverfügung zu beachten?

Die Betreuungsverfügung sollte wegen der Beweisbarkeit schriftlich festgehalten und persönlich unterzeichnet werden. Auch Ort und Datum dürfen nicht fehlen. Eine bestimmte Form ist nicht nötig. Sie können für die Betreuungsverfügung nachfolgendes Formular nutzen.

Die Verbraucherzentralen bieten darüber hinaus die Möglichkeit, online die entsprechenden Formulare zu erstellen.

Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

■ **Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Auf keinen Fall soll zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:**

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum

Unterschrift

PATIENTEN- VERFÜGUNG



Patienten-
verfügung

Beratung und
Unterstützung

Sonstiges

Patientenverfügung

Hinweise und Informationen

Patientenverfügung – was ist das?

Eine Patientenverfügung (§ 1901a ff. BGB) sichert den eigenen Willen bezüglich medizinischer Versorgung ab und erleichtert es Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal Entscheidungen im Sinne des Patienten zu treffen. Daher ist es wichtig, rechtzeitig für den Ernstfall vorzusorgen.

Was regelt die Patientenverfügung?

In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich festlegen, wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich und pflegerisch behandelt werden möchten, wenn Sie selbst es zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr entscheiden können. Sie muss nicht in einem direkten Zusammenhang mit einer bestimmten Erkrankung stehen. Auch die Untersagung bestimmter Maßnahmen genügt. Der behandelnde Arzt ist dazu verpflichtet, alles zu unternehmen, um Ihr Leben zu erhalten. Liegt eine Patientenverfügung vor, sind sowohl Arzt wie auch Betreuer oder bevollmächtigte Person verpflichtet, sich an den dort niedergelegten Patientenwillen zu halten, sofern dieser nicht sitten- oder gesetzeswidrig ist. Auch medizinische Eingriffe, die zur Erhaltung des Lebens notwendig sind, sind Eingriffe in die körperliche Unverletzbarkeit des Patienten. Deshalb ist der Patientenwille auch hier entscheidend. Eine lebenserhaltende Behandlung gegen den Willen des Patienten ist unzulässig. Die Verfügung des Patienten gilt unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betroffenen.

Was ist bei einer Patientenverfügung zu beachten?

Eine Patientenverfügung muss schriftlich vorliegen. Doch das bedeutet nicht, dass Sie sie selbst schreiben müssen. Es reicht aus, wenn Sie diese eigenhändig unterschreiben oder ein notariell beglaubigtes Handzeichen vorliegt. Die Angabe von Zeit und Ort der Erstellung der Patientenverfügung ist für deren Gültigkeit nicht relevant. Diese Angaben können aber als Anhaltspunkt dafür dienen, ob die Verfügung noch auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft und ist daher empfehlenswert. Sie müssen die Patientenverfügung nicht regelmäßig aktualisieren, aber eine gelegentliche Überprüfung Ihres darin niedergelegten Patientenwillens ist sinnvoll. Eine Patientenverfügung können Sie jederzeit ganz oder teilweise formlos widerrufen. Die Verbraucherzentralen bieten darüber hinaus die Möglichkeit, online die entsprechenden Formulare zu erstellen.

Lassen Sie sich beraten!

Beim Verfassen der Patientenverfügung sollten Sie sich professionelle Unterstützung holen. Falsche Formulierungen oder Ungenauigkeiten könnten sonst dazu führen, dass ihr Wille im ganz konkreten Behandlungsfall nicht berücksichtigt wird. So reicht es beispielsweise nicht aus, sich "keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen. Sie müssen ihre Willenserklärung für ganz konkrete Maßnahmen, Krankheiten und Behandlungssituationen benennen.

Daher kann es sehr hilfreich sein, sich von einer unabhängigen Patientenberatung und von einer medizinischen Fachperson konkret beraten zu lassen. Diese kann Ihnen auch attestieren, dass Sie bei Abgabe der Erklärung einwilligungsfähig sind. Eine solche Beratung ist keine Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung, jedoch ratsam, damit im Fall des Falles tatsächlich alles nach Ihrem Willen geschieht.

Was gilt ohne Patientenverfügung?

Liegt keine Patientenverfügung vor, müssen andere Menschen für Sie entscheiden. Dafür stellt der bestellte Betreuer oder die von Ihnen bevollmächtigte Person Ihre Behandlungswünsche oder Ihren mutmaßlichen Willen fest. Dabei werden auch frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und persönliche Moral- und Wertvorstellungen berücksichtigt.

Bei Ehegatten oder Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, die keine Vorsorgevollmacht erstellt und keine Person bevollmächtigt haben sowie für die kein Betreuer bestellt wurde, kann der andere Ehegatte oder Partner unter Umständen Aufgaben der Gesundheitspflege als Vertreter für bis zu sechs Monate übernehmen (§ 1358 BGB).

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten oder der Patientin nicht feststellen, darf die vertretende Person oder der Betreuer für Sie entscheiden. Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, in eine Behandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (§ 1829 Abs. 1 BGB). Dasselbe gilt bei sich nach dem Notvertretungsrecht gegenseitig vertretenden Eheleuten oder Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (§ 1358 Abs. 6 BGB).

Patientenverfügung

Anregungen und Formulierungshilfen aus der Broschüre „Patientenverfügung“ vom Bundesministerium der Justiz

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.2) und welche Behandlungswünsche in diesen Situationen bestehen (Formulierungshilfen hierzu unter 2.3). Auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z. B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z. B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 2.3, die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor beschriebene konkrete Behandlungssituation genommen („In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,“). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 2.3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden (vgl. auch Fußnote 7).

Im Einzelfall kann sich die erforderliche Konkretisierung aber auch bei einer weniger detaillierten Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben (vgl. Beschluss des BGH vom 8. Februar 2017).

Eingangsformel

Ich _____ (Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in)
bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ...

2.2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die -Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.⁵

⁵ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei

- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.⁶
 - Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:
-

Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.⁷

2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung⁸

In den oben 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 Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

⁶ 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 Patientinnen und 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 und sind schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

⁷ Die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

⁸ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr⁹

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

oder

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.

oder

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

2.3.4 Wiederbelebung¹¹

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.

oder

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

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

- lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab.

oder

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

2.3.5 Künstliche Beatmung

In den oben 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.

⁹ Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf).

¹⁰ Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

¹¹ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebensmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebensmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

2.3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

oder

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

2.3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Antibiotika.

2.3.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben 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 Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

2.4 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.

2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

2.6 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 den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt 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 Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er 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:

Alternativen

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin oder 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 die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Alternativen

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- anderer Person: ...

2.7 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(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

2.8 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

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

2.9 Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu¹² (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

Alternativen¹³

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.

¹² Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wissenswertes über die Organspende“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 50819 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: bestellung@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

¹³ Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf. Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

2.10 Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.¹⁴

2.11 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.

2.12 Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch _____ und beraten lassen durch _____

2.13 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 Arztes¹⁵ _____

2.14 Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
- oder
- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
 - Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

Alternativen

in vollem Umfang. _____

mit folgenden Änderungen: _____

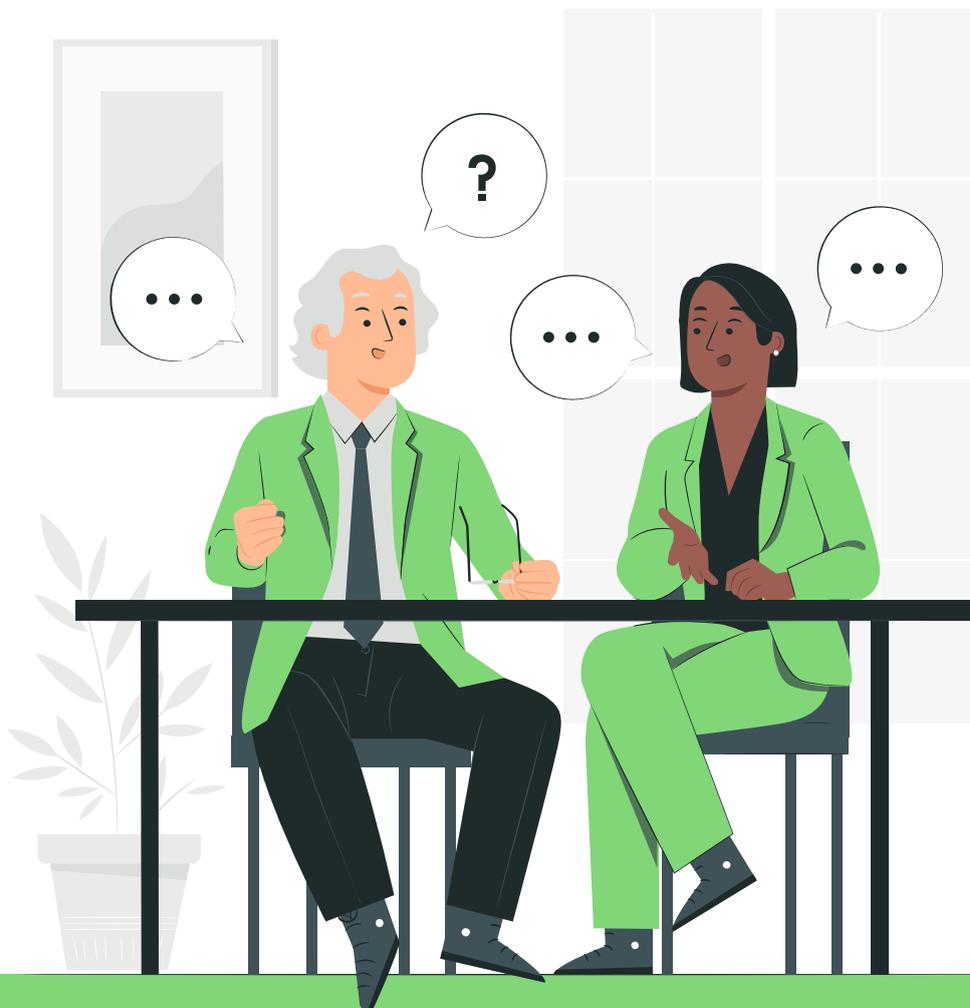
Datum _____

Unterschrift _____

¹⁴ Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass die Erstellerin oder der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

¹⁵ Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

BERATUNGS- UND UNTERSTÜTZUNGS- ANGEBOTE



Beratungs- und Unterstützungsangebote

Betreuungsbehörde

Bei Fragen und weiterem Informationsbedarf gibt es innerhalb des Landkreises Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa folgende Ansprechpersonen der örtlichen Betreuungsbehörde:

Sozialraum/Region	Anschrift	Telefon
Cottbus-Land (Burg, Drebkau, Kolkwitz, Neuhausen)	Außenstelle Cottbus Makarenkostraße 5 03050 Cottbus/Chóšebuz	0355 8669435033
Forst, Peitz und Gem. Groß Schacksdorf-Simmersdorf	Kreishaus Heinrich-Heine-Straße 1 03149 Forst (Lausitz)/ Baršć (Łužyca)	03562 98615036
Guben und Schenkendöbern	Außenstelle Guben Promenade am Dreieck Gasstraße 4 03172 Guben	03561 68713303
Bereich Döbern, Spremberg, Welzow und Gem. Neuhausen/ Spree – OT Bagenz, OT Drieschnitz- Kahsel	Außenstelle Spremberg Dresdener Straße 12 03130 Spremberg/Grodtk	03563 5775031 03563 5775032

Betreuungsvereine

Im Landkreis gibt es 4 vom Land anerkannte Betreuungsvereine in Trägerschaft des Betreuungsvereins **Lebenshilfe Brandenburg e.V.**, jeweils 1 Angebot für die Versorgungsregionen Cottbus/Land, Forst, Guben und Spremberg.

Sozialraum/Region	Anschrift	Telefon
Cottbus	Ringstraße 1 03050 Cottbus/Chóšebuz	0355 4304755
Forst	Cottbuser Straße 5 03149 Forst (Lausitz)/ Baršć (Łužyca)	03562 2307
Guben	Mittelstraße 17 03172 Guben	03561 6829050
Spremberg	Dresdener Straße 22 03130 Spremberg/Grodtk	03563 600791

Beratungs- und Unterstützungsangebote

Standorte des Pflegestützpunktes Spree-Neiße

Im Landkreis gibt es in den Sozialräumen vor Ort Außensprechstunden des Pflegestützpunktes. Informationen zu Beratungstagen und Beratungszeiten finden Sie in den Aushängen vor Ort sowie in den Amtsblättern Ihrer Ämter und Gemeinden. Termine können unter der Telefonnummer **03562 693322** vereinbart werden.

Sozialraum/Region	Anschrift
Burg	Haus der Begegnung Am Bahndamm 12b, 03096 Burg (Spreewald)/Bórkowy (Błota)
Döbern	Familientreff Döbern Muskauer Straße 14, 03159 Döbern
Drebkau	Stadtverwaltung Drebkau/Drjowk Kavaliershaus Schloßstraße 9, 03116 Drebkau/Drjowk
Forst	Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa Berliner Straße 15/17, 03149 Forst (Lausitz)/Baršć (Łužyca) Begegnungsstätte Otto-Nagel-Straße 4a, 03149 Forst (Lausitz)/Baršć (Łužyca)
Guben	Familientreff/ Mehrgenerationenhaus Goethestraße 93, 03172 Guben
Kolkwitz	Familien- und Nachbarschaftstreff Am Klinikum 30, 03099 Kolkwitz/Gołkojce
Neuhausen	Familien- und Gemeindezentrum der Gemeinde Neuhausen-Spree Laubsdorfer Hauptstraße 21, 03058 Neuhausen-Spree/ OT Laubsdorf
Peitz	Familien- und Nachbarschaftstreff Jahnplatz 1, 03185 Peitz/Picnjo
Spremberg	Landkreis Spree-Neiße /Wokrejs Sprjewja-Nysa Dresdener Straße 12, 03130 Spremberg/Grodk Begegnungsstätte Karl-Marx-Straße 18, 03130 Spremberg/Grodk

Beratungs- und Unterstützungsangebote

Selbsthilfekontaktstellen

Träger	Anschrift	Telefon
Albert-Schweitzer-Familienwerk Brandenburg e. V.	Selbsthilfekontaktstelle Bergstraße 18 03130 Spremberg/Grodtk	03563 3488528
DRK KV Niederlausitz e. V.	Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationszentrum (SEKIZ) Spree-Neiße Kaltenborner Str. 96 03172 Guben	03561 6281115

Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke

Sozialraum/Region	Anschrift	Telefon
Forst	Dienststelle Forst Kegeldamm 2 03149 Forst (Lausitz)/ Baršć (Łužyca)	03562 669808
Guben	Dienststelle Guben Berliner Straße 15/16 03172 Guben	03561 548757
Spremberg	Dienststelle Spremberg Dresdener Straße 44 03130 Spremberg/Grodtk	03563 92607

Beratungs- und Unterstützungsangebote

Hinweise und Links

Hinweis	QR-Code
<p>Weitere Informationen und Formulare bietet das Bundesministerium für Justiz an – im Internet unter www.bmj.de</p>	

QR-Code	Hinweis
	<p>Die Verbraucherzentralen bieten die Möglichkeit, online die entsprechenden Formulare zu erstellen. www.verbraucherzentrale.de/gesundheitspflege/selbstbestimmt-die-onlinevorsorgedokumente-der-verbraucherzentralen-76270</p>

Hinweis	QR-Code
<p>Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister – PF 080151 – 10001 Berlin Telefonische Beratung: 0800-3550500 www.vorsorgeregister.de</p>	

QR-Code	Hinweis
	<p>Gesetzestext (§§ 1358, 1814 bis 1881 des Bürgerlichen Gesetzbuchs): www.gesetze-im-internet.de/bgb</p>

Hinweis	QR-Code
<p>Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im ärztlichen Alltag: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Hinweise_Patientenverfuegung.pdf</p>	

QR-Code	Hinweis
	<p>Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf</p>

SONSTIGES



Impressum

Herausgeber:

Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa

Fachbereich Soziales

Heinrich-Heine-Straße 1

03149 Forst (Lausitz)/Baršć (Łužyca)

Tel.: 03562 986 15001

Fax: 03562 986 15088

E-Mail: sozialamt@lkspn.de

Redaktion:

Kreissenioresenbeirat:

Herr Dr. Gert-Dieter Andreas,

Herr Helmut Ließ,

Frau Christiane Fritzscha

Landkreis:

Sozialplanung, Pflegestützpunkt,

Betreuungsbehörde

Satz: chairlines

Druck: Druckzone

Stand: Mai 2025

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