



**NEW**

Landkreis  
Neustadt  
an der Waldnaab

# Notfallmappe

des Landkreises Neustadt  
an der Waldnaab

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

Stand April 2023

# Inhalt

Inhaltsübersicht	2
Vorwort	3
Persönliche Daten	4
Biografiebogen	5 - 6
Im Notfall zu benachrichtigen / zu beachten	7
Hausarzt / andere Ärzte	8
Medikamente	9
ärztliche / zahnärztliche / klinische Behandlungen	10
Weiter medizinische Daten (Apotheke/ambulanter Pflegedienst usw.)	11 - 12
Kranken- und Pflegeversicherung(en)	13
Weitere Versicherungen (Lebens-, Unfall-, Hausratversicherung usw.)	14 - 16
Rente / Versorgung (Renten-, Zusatzversicherung; Beamtenversorgung)	17
Steuernummer / Steuer-ID (Erwerbstätigkeit)	18
Finanzen (Konten/ Bausparverträge / Vollmachten/Verbindlichkeiten)	19 - 22
Grund- und Immobilieneigentum	23
Bestehende Verträge (Mietvertrag, Gas, Strom usw.)	24
Bestehende Abonnements (Zeitung, Zeitschriften, Bücher usw.)	25
Fahrzeug/e	26
Mitgliedschaften (Vereine, Verbände, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.)	27
Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung	28
Checkliste „Erste Schritte bei Eintritt eines Todesfalls“	29
Für den Todesfall	30 - 31
Notvertretungsrecht für Ehegatten	32 - 33
Vorsorgevollmacht	34 - 38
Betreuungsverfügung	39 - 40
Patientenverfügung	41 - 46
Regelmäßige Bekräftigung der Patientenverfügung	47, 49
Weitere Anmerkungen	48, 50
Impressum	51
Wichtige Rufnummern	52

## Vorwort



### Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

mit dieser neuen Auflage der Notfallmappe möchte Ihnen der Landkreis Neustadt an der Waldnaab eine Hilfe zur Vorsorge für Alter und Krankheit an die Hand geben. Diese Vorsorgemappe soll es Ihnen erleichtern, für Lebenssituationen vorzusorgen, in denen man auf Hilfe angewiesen ist, z. B. weil man seinen eigenen Willen dauerhaft oder vorübergehend nicht äußern kann.

Wir hoffen zwar alle, dass solche Situationen nie eintreten, aber wenn es doch passiert, ist es gut, vorgesorgt zu haben.

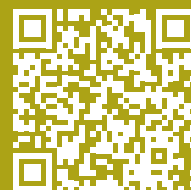
Dafür haben wir in dieser Vorsorgemappe wichtige Telefonnummern und Vordrucke zusammengestellt. Auf diesen Formularen können Sie Adressen und Telefonnummern Ihrer Ärzte, wichtige Medikamente und Versicherungsdaten eintragen. Sie finden auch Vordrucke für die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht, mit denen Sie rechtsgültig für viele Situationen Ihre Entscheidung treffen können.

Damit möchten wir Ihnen das sichere Gefühl geben, gut für Alter und Krankheit vorgesorgt zu haben. Gerne können Sie diese Mappe auch Verwandten oder Freunden weiterempfehlen. Sie bekommen die Mappe kostenlos im Landratsamt, in Rathäusern, bei Ärzten, Pflegediensten, Seniorenvereinen und vielen Beratungsstellen im Landkreis.

Oder Sie können die Seiten auch auf unserer Homepage [www.neustadt.de/Gesundheit-Soziales/Notfallmappe](http://www.neustadt.de/Gesundheit-Soziales/Notfallmappe) ausdrucken.

Herzliche Grüße

Andreas Meier, Landrat



Oder QR-Code  
scannen!

## Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	
Konfession	Kirchengemeinde

Familienstand	Ehegatte: Name, Vorname/n
evtl. früherer Name des Ehegatten	
Wohnung des Ehegatten	
Telefonnummer des Ehegatten	Handy des Ehegatten
Verwahrung der Urkunde / des Stammbuches / der Sterbeurkunde / des Scheidungsurteils	

Raum für weitere Anmerkungen
------------------------------

# Biografiebogen

Ein Patient mit Demenz kann sich unter Umständen nicht mehr klar und deutlich mitteilen. Informationen über seine Herkunft und Vorlieben sind aber wichtig, damit das Pflegepersonal im Falle eines notwendigen Heimaufenthalts so gut wie möglich auf ihn eingehen kann. Bitte füllen Sie den Biografiebogen dann aus. Danke für Ihre Unterstützung!

## Angaben zum Patienten

## Vorlieben und Gewohnheiten

Name, Vorname	Zur Entspannung / Einschlafen
Wohnsituation (Zuhause, Heim, Betreutes Wohnen etc.)	Hobbies
Herkunft	
(Ehemaliger) Beruf	Musikvorlieben
Bedeutsame Situation im Leben	Geruchsvorlieben
	<b>Essen und Trinken/Mundpflege</b>
Verluste im Leben	Naschereien
	Vorlieben
Erinnerungsbrücken (Puppe, Kleidung, Foto)	Abneigungen

## Kommunikation

## Kontaktdaten

Bitte mit Vornamen ansprechen  Bitte mit Nachnamen ansprechen

## Nähe und Distanz

## Ansprechpartner

Angst bei/vor	Ansprechpersonen für schwierige Situationen
Welche besond. Bedürfnisse sollen beachtet werden?	Telefonnummer des Ansprechpartners

Reagiert positiv auf Körperkontakt  Hält lieber Distanz

Dürfen wir Sie in schwierigen Situationen zu jeder Tages- und Nachtzeit informieren?

ja

nein

Wenn ja, wo?

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe...



## Im Notfall zu benachrichtigen

Name	Vorname/n
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	Telefax

Name	Vorname/n
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy
E-Mail-Adresse	Telefax

## Im Notfall zu beachten

Personen, die für meine Wohnung, sonstige Räume oder Behältnisse einen Schlüssel besitzen
---

Sonstiges
-----------

## Hausarzt

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	Handy

## Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer

Name und Anschrift der Praxis	
Fachrichtung	Telefonnummer





## Ärztliche / zahnärztliche Behandlungen – ambulant

Datum	von / bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

## Klinische Behandlungen - stationär -

Datum	von / bis	Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose)	Name des behandelnden Arztes

## Weitere medizinische Daten

<b>Blutgruppe</b>	
-------------------	--

<b>Impfungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Impfbuch vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Impfbuch befindet sich		
Impfung gegen		

<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergiepass befindet sich		
Allergie gegen		

<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Insulin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tabletten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich		

<b>Anfallsleiden</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
nähere Beschreibung		

## Weitere medizinische Daten

<b>Schwerbehinderungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grad der Behinderung		
Merkzeichen		

<b>Implantate</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art des Implantats (z.B. Herzschrittmacher, Kniegelenk, Hüftgelenk, Auge, Zähne usw.)		

<b>Transplantationen</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art der Transplantation und weitere Angaben		

<b>Organspendeausweis</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausweis befindet sich		

## Apotheke

Name und Anschrift der Apotheke	
Telefonnummer	Telefax

## Mein ambulanter Pflegedienst

Name und Anschrift des Pflegedienstes	
Telefonnummer	Telefax

## Kranken- und Pflegeversicherung/en

### Gesetzliche Krankenkasse

<b>Name der Krankenkasse</b>	
Anschrift	
Telefonnummer	
Nr. der Versichertenkarte	
Vers.karte befindet sich	

### Private Krankenversicherung / Krankenzusatzversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

### Private Pflegeversicherung / Pflegezusatzversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	
Anschrift	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Weitere Versicherungen

### Lebensversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b> (Name und Anschrift)	
<b>örtl. Versicherungsagentur</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Begünstigter	
Unterlagen befinden sich	

### Unfallversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b> (Name und Anschrift)	
<b>örtl. Versicherungsagentur</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

### Sterbegeldversicherung / Gruppensterbegeldversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b> (Name und Anschrift)	
<b>örtl. Versicherungsagentur</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Weitere Versicherungen

### Privathaftpflichtversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b> (Name und Anschrift)	
<b>örtl. Versicherungsagentur</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

### Hausratversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b> (Name und Anschrift)	
<b>örtl. Versicherungsagentur</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

### Feuerversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b> (Name und Anschrift)	
<b>örtl. Versicherungsagentur</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	





# Rente / Versorgung

## Gesetzliche Rentenversicherung

<b>Rentenversicherungsträger</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Bescheid/e vom	
Unterlagen befinden sich	

## Zusatzversicherung

<b>Versicherungsgesellschaft</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Versicherungsgesellschaft</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Beamtenversorgung

<b>Pensionsfestsetzende Behörde</b>	
Telefonnummer	
Personalnummer / Aktenzeichen	
Unterlagen befinden sich	

## Steuernummer / Steuer-Identifikationsnummer

<b>Steuernummer</b>	
<b>Steuer-Identifikationsnummer</b>	

### Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer

<b>Arbeitgeber</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Personalnummer	
Sozialversicherungsnummer	
Unterlagen befinden sich	

### als Selbständiger (Gewerbe, Freie Berufe, Landwirtschaft)

<b>Art der Selbständigkeit</b>	
Anschrift der Firma	
zuständiges Finanzamt	
Handelsregister	
weitere Angaben	

### Nebenberuf / Nebenbeschäftigung

<b>Beschreibung der Tätigkeit</b>	
weitere Angaben	

## Finanzen

### Girokonten

<b>Geldinstitut</b> (Name und Anschrift)	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzl. verfügungsberechtigt	

<b>Geldinstitut</b> (Name und Anschrift)	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzl. verfügungsberechtigt	

### Sparkonten

<b>Geldinstitut</b> (Name und Anschrift)	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
zusätzl. verfügungsberechtigt	
Sparbuch befindet sich	

### Bankschließfach

<b>Geldinstitut</b> (Name und Anschrift)	
Schließfachnummer	
Bankleitzahl	
zusätzl. verfügungsberechtigt	



# Finanzen

## Bausparverträge

<b>Bausparkasse</b> (Name und Anschrift)	
Bausparnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Bausparkasse</b> (Name und Anschrift)	
Bausparnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Vollmachten

### Ich habe für folgende Konten Vollmacht über den Tod hinaus ausgestellt:

<b>Geldinstitut</b> (Name und Anschrift)	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Vollmacht ausgestellt für	

<b>Geldinstitut</b> (Name und Anschrift)	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Vollmacht ausgestellt für	

<b>Geldinstitut</b> (Name und Anschrift)	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Vollmacht ausgestellt für	

# Finanzen

## Verbindlichkeiten

<b>Darlehensgeber</b> (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

<b>Darlehensgeber</b> (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

<b>Darlehensgeber</b> (Name und Anschrift)	
Betrag	
Fälligkeit	
Tilgung	
Unterlagen befinden sich	

## Grund- und Immobilieneigentum

<b>Art des Grundbesitzes</b> (z.B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. <b>Art der Immobilie</b> (z.B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum d. Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Art des Grundbesitzes</b> (z.B. Wiese, Wald, Fischteich) bzw. <b>Art der Immobilie</b> (z.B. Wohnhaus, Garage)	
Anschrift	
Flur-Nr. / Gemarkung	
Angaben zum Grundbucheintrag (Amtsgericht, Datum d. Eintrags)	
Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> Alleineigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer
Name/Anschrift Miteigentümer	
Unterlagen befinden sich	

## Bestehende Verträge

z.B. Mietverträge, Strom, Gas, Telefon, Internet usw.

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Vertragsgegenstand</b>	
<b>Vertragspartner</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	



## Bestehende Abonnements z.B. Zeitungen, Zeitschriften, Bücher usw.

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

<b>Abonnement für</b>	
<b>Vertragspartner</b> (Name und Anschrift)	
Telefonnummer	
Unterlagen befinden sich	

## Fahrzeug/e

<b>Fahrzeugart</b> (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

<b>Fahrzeugart</b> (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

<b>Fahrzeugart</b> (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

<b>Fahrzeugart</b> (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
Hersteller, Typ	
amtliches Kennzeichen	
regelmäßiger Standort	

## Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Automobilclubs usw.

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b> (Name und Anschrift)	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b> (Name und Anschrift)	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b> (Name und Anschrift)	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b> (Name und Anschrift)	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b> (Name und Anschrift)	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b> (Name und Anschrift)	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b> (Name und Anschrift)	

<b>Mitglied bei</b>	
<b>Ansprechpartner</b> (Name und Anschrift)	

## Vorbereitende Maßnahme für eine Krankenhauseinweisung

- Bei Anforderung des Krankentransportes genaue Beschreibung des Wohnortes und der Zugangsmöglichkeiten geben  
(Notarzt und Rettungsdienst 112, Feuerwehr 112, Polizei 110)
- Bei Dunkelheit Außenlicht einschalten (Fenster, Hausnummernbeleuchtung)
- Bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen  
(kleinere Möbel, wie Tische und Stühle wegräumen)
- Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- Versichertenkarte, Personalausweis, Geld (nur geringer Betrag)
- Toilettenartikel, ggf. Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- bisher einzunehmende Medikamente
- Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen
- evtl. Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere, usw.)
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

### Zur Aufbewahrung in der Börse / bei den Ausweispapieren usw. bitte ausschneiden:

Ich habe eine  Patientenverfügung  Vorsorgevollmacht

Mein Name:

Anschrift:

**Meine Vertrauensperson ist:**

Name:

Anschrift:

Ich habe eine  Patientenverfügung  Vorsorgevollmacht

Mein Name:

Anschrift:

**Meine Vertrauensperson ist:**

Name:

Anschrift:

# Checkliste "Erste Schritte bei Eintritt eines Todesfalls"

Diese Checkliste soll Ihnen keine rechtliche Hilfe bieten, sondern einen Überblick über das, was im Falle des Todes eines Angehörigen praktisch zu bewältigen ist.

**1. Todesfall zu Hause:** (Haus-) Arzt benachrichtigen, der den Totenschein ausstellt!

**2. Egal, ob Sie ein Bestattungsunternehmen mit den Formalitäten beauftragen oder nicht, folgende Unterlagen des Verstorbenen sind unverzichtbar:**

- Personalausweis und/oder Reisepass
- Totenschein
- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde
- ggf. Scheidungsurteil
- ggf. Sterbeurkunde des Ehepartners
- Versichertenkarte, Versicherungspolice: Lebens-, Sterbegeld-/Unfallversicherung
- Post-/Bankvollmacht über den Tod hinaus
- Mitteilung der letzten Rentenanpassung
- Falls vorhanden Grabkarte und Bestattungsvorsorgevertrag

**3. Folgende Formalitäten sind zu erledigen:**

- ggf. Abholung von Dokumenten aus Krankenhäusern und Heimen
- Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt
- Besorgung von fehlenden Dokumenten wie Geburts- und Heiratsurkunde
- Benachrichtigung von Verwandten, Bekannten, Arbeitgeber usw.
- Abmeldung von Abonnements (*Zeitung, Zeitschriften etc.*)
- Kündigung von Gas, Strom, Telefon, GEZ, Miet- und Pachtverträgen, Dauer- und Abbuchungsaufträgen, Versicherungen
- ggf. Haushaltsauflösung veranlassen

**4. Zu organisieren sind:**

- Friedhofswahl
- Überführung des Leichnams
- Art der Bestattung
- Trauerfeier
- Beantragung von Sterbegeldern und Beihilfen bei Krankenkassen, Versicherungen
- Nur für Witwen/Witwer: Beantragung der Vorauszahlung aus laufender Rente
- Finanzierung der mit dem Tod zusammenhängenden Kosten
- ggf. Pflegedienst benachrichtigen

## Für den Todesfall

### Mein Testament ist hinterlegt bei:

Name	
Anschrift	

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.** Bei Todesfällen zu Hause oder an Wochenenden Ärztlichen Sonntagsdienst wegen Ausstellung des Leichenschauscheines benachrichtigen. Bei Todesfällen in Krankenhäusern wird dies von dort übernommen.
- 2.** Nächste Angehörige benachrichtigen.
- 3.** Bestattungsinstitut auswählen wegen Überführung.
- 4.** Termin für Beisetzung mit Stadtverwaltung, danach mit Pfarrer abklären.
- 5.** Überlegen, ob Aschenbeisetzung / Erdbestattung und Reihen- oder Familiengrab.
- 6.** Am folgenden Werktag Beurkundung des Sterbefalles beim Standesamt im Rathaus.

#### Bitte mitnehmen:

- Bundespersonalausweis des/der Verstorbenen
  - Leichenschauschein
  - Geburtsurkunde des/der Verstorbenen bei Nichtverheirateten
  - Heiratsurkunde oder Familienstammbuch bei Verheirateten
  - Alle Rentenbescheide des/der Verstorbenen
  - Krankenversicherungskarte
- 7.** Nach der Beurkundung des Sterbefalles wird von der Stadtverwaltung
    - der Tag der Beisetzung bestätigt, die Lage des Grabes festgelegt
    - auf Wunsch, der Organist/die Organistin für die Trauerfeier festgelegt
    - vorab der Träger der Rentenversicherung (LVA oder BVA) informiert
    - bei anderen Rentenversicherungsträgern Hilfe angeboten
    - der Termin für die Beantragung von Witwen- oder Witwerrenten festgelegt

Diese vorgenannten Tätigkeiten können Sie auch einem Bestattungsunternehmen übertragen!



# Notvertretungsrecht für Ehegatten

Ab dem 1. Januar 2023 gilt ein Notvertretungsrecht für Ehegatten im Bereich der Gesundheitsfürsorge. Ehegatten können dann medizinische und pflegerische Entscheidungen für den anderen Ehepartner treffen, wenn dieser seine Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheiten rechtlich nicht selbst besorgen kann (§ 1358 BGB). Es handelt sich hierbei um keine Vertretungsverpflichtung, das Ehegattenvertretungsrecht muss nicht wahrgenommen werden, wenn der Ehegatte selbst überfordert, erkrankt oder aus sonstigen Gründen hieran gehindert ist. In diesem Fall hat er dies mitzuteilen, damit eine Betreuerbestellung beim Amtsgericht erfolgen kann.

## 1. Umfang der Ehegattenvertretung:

Notvertretung in den Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge für die Dauer von maximal sechs Monaten.

Die Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge umfassen:

- Einwilligung in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe oder Untersagung dieser Maßnahmen, Entgegennahme der ärztlichen Aufklärungen,
- Vereinbarung und Durchsetzung von Behandlungsverträgen, Krankenhausverträgen oder Verträgen über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und der Pflege,
- Entscheidung über Maßnahmen nach § 1831 Abs. 4 BGB, sofern die Dauer der Maßnahme im Einzelfall sechs Wochen nicht überschreitet,
- Geltendmachung von Ansprüchen, die dem vertretenen Ehegatten aus Anlass der Erkrankung gegenüber Dritten zustehen, und Abtreten oder Durchsetzung der Zahlung dieser Ansprüche an die Leistungserbringer aus den Behandlungs-, Krankenhaus-, Pflege- oder Rehabilitationsverträgen und
- Einsicht in die betreffenden Krankenunterlagen und Bewilligung ihrer Weitergabe an Dritte, Entbindung der Ärzte/Ärztinnen von der Schweigepflicht gegenüber dem vertretenden Ehegatten.

Das Ehegattenvertretungsrecht bezieht sich ausschließlich auf Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und endet spätestens nach sechs Monaten. Über die Gesundheitsfürsorge hinausgehende Rechtsgeschäfte z.B. Entscheidungen in finanziellen Angelegenheiten, zu Grundbesitz, u.a. sind von der Notvertretung nicht umfasst. Hierfür muss entweder eine beglaubigte Vorsorgevollmacht vorliegen oder eine rechtliche Betreuung bestellt sein.

Der vertretende Ehegatte hat die Wünsche und Vorstellungen des anderen Ehegatten in Form einer Patientenverfügung geltend zu machen. Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Ehegatten zu, hat der vertretende Ehegatte die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Ehegatten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Ehegatten.



## 2. Voraussetzung des Ehegattennotvertretungsrechts

- Ein Ehegatte kann seine Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit rechtlich nicht selbständig besorgen (vertretener Ehegatte),
- die Ehegatten sind zusammenlebend, (bei konkreten Trennungsabsichten mit vollzogener räumlicher Trennung der Eheleute kann das Notvertretungsrecht nicht ausgeübt werden. Gemeint ist hierbei nicht die Trennung der häuslichen Gemeinschaft aufgrund eines stationären Pflegeplatzes),
- es besteht weder bei dem vertretenden Ehegatten, noch dem Arzt ein Hinweis/Kennntnis über eine Ablehnung einer Vertretung durch den Ehegatten, (im zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer, [www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de) besteht die Möglichkeit einen Widerspruch des Ehegattenvertretungsrechts zu vermerken, sollte eine Ausübung des Notvertretungsrechts abgelehnt werden),
- es liegt keine wirksame Vollmacht zur Vertretung in gesundheitlichen Belangen vor,
- es liegt keine Betreuerbestellung vor.

## 3. Prüfung der Voraussetzungen

Der Arzt/die Ärztin, gegenüber dem/der das Vertretungsrecht ausgeübt werden soll, hat das Vorliegen der Voraussetzungen und den Zeitpunkt, zu dem diese spätestens eingetreten sind, schriftlich zu bestätigen. Hierbei hat er/sie die Möglichkeit, Einblick in das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer zu nehmen.

Der vertretende Ehegatte hat dem Arzt/der Ärztin eine schriftliche Erklärung über das Vorliegen der Voraussetzungen der Ehegattenvertretung vorzulegen und schriftlich zu versichern, dass das Vertretungsrecht bisher nicht ausgeübt wurde und kein Ausschlussgrund (Ablehnung, Vollmacht, Betreuung) vorliegt.

Sowohl die ärztliche Bestätigung als auch die Erklärung sind dem vertretenden Ehegatten zur weiteren Ausübung des Vertretungsrechts auszuhändigen.

## 4. Dauer des Ehegattenvertretungsrecht

Durch die Ausübung des Ehegattenvertretungsrecht soll die Bestellung einer rechtlichen Betreuung vermieden werden.

Das Ehegattenvertretungsrecht endet automatisch, sobald der zu vertretende Ehegatte wieder einwilligungs- und handlungsfähig ist. Hält der von dem Arzt/der Ärztin festgestellte Zeitpunkt der Handlungsunfähigkeit des Ehegatten bereits seit mehr als sechs Monaten an, endet das Notvertretungsrecht ebenfalls. Die Einleitung eines Betreuungsverfahrens ist bei Verhinderung des Ehegatten, bei Vorliegen von Ausschlussgründen sowie einer andauernden Handlungsunfähigkeit des zu vertretenden Ehegatten über den gesetzlichen Umfang der Notvertretung (mehr als sechs Monate) hinaus, erforderlich.

## Vorsorgevollmacht

Viel zu wenige Menschen in Deutschland denken daran, Vorsorge für weniger gute Zeiten zu treffen – nämlich für den Fall, dass sie infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheit nicht mehr selbst wie gewohnt regeln können.

Deshalb sollte sich jeder auch einmal die Frage stellen, wer im Ernstfall Entscheidungen für ihn treffen soll, wenn er selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr hierzu in der Lage ist, und wie seine Wünsche und Vorstellungen Beachtung finden können.

Diese Frage wird leider von vielen verdrängt oder auf später hinausgeschoben. Dabei kann niemand sicher davor sein, vielleicht schon morgen durch einen schweren Unfall dauerhaft das Bewusstsein zu verlieren und darauf angewiesen zu sein, dass ein anderer für ihn spricht. Falls hierfür keine Vorsorge getroffen wurde, wird das Vormundschaftsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen.

Das Gericht wird hierbei prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Ist dies nicht möglich, können auch familienfremde Personen zum Betreuer bestellt werden. Bundesweit werden derzeit weit mehr als 1 Million Betreuungen geführt.

Wer dabei im Angehörigen- oder Bekanntenkreis auf jemanden zählen kann, dem er unbeschränkt vertraut, sollte überlegen, ob er nicht diese Person für den Fall des Falles durch eine Vorsorgevollmacht selbst bestimmt. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, darf in ihrem Regelungsbereich ein Betreuer nicht bestellt werden.

Eine Vorsorgevollmacht kann aber nur erteilt werden, wenn man noch im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Wenn zur Vorsorgevollmacht nähere Informationen gewünscht werden, bitte an:  
**AS-Soziale Dienstleistungen e.V. (Zacharias-Frank-Straße 15, 92660 Neustadt an der Waldnaab, 09602/9435-0 oder 09602/9435-5, info@as-neustadt.de)** wenden. Es besteht auch die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht durch das Landratsamt amtlich beglaubigen zu lassen.

### Für mich besteht bereits eine Vorsorgevollmacht. Ich habe folgende Person bevollmächtigt:

<b>Herrn / Frau</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Die Vorsorgevollmacht befindet sich:</b>	
_____	

# Vorsorgevollmacht Seite 1

Hiermit erteile ich, _____ <small style="margin-left: 100px;">Name, Vorname, Geburtsdatum</small>	<b>(Vollmachtgeber/in)</b>
_____ <small>Adresse, Telefonnummer</small>	
Vollmacht an: _____ <div style="text-align: right;"><b>(bevollmächtigte Person)</b></div>	
_____ <small>Name, Vorname, Geburtsdatum</small>	
_____ <small>Adresse, Telefonnummer</small>	

**Hiermit wird die oben genannte Vertrauensperson bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt bzw. angegeben habe. Hierdurch soll vermieden werden, dass durch das Amtsgericht eine Betreuung angeordnet wird. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.**

**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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1829 Abs. 1 BGB). *)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nicht-ärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. *)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn nicht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

## Vorsorgevollmacht Seite 2

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB), ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1832 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) entscheiden.\*\*)

ja  nein

### Behörden

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

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,

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 wahrnehmen können

### Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

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

ja  nein

Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag 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

\*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn nicht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1833 Abs. 3 und 5 BGB).

\*\*\*) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2 und 5 BGB).

## Vorsorgevollmacht Seite 3

### Vertretung vor Gericht

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

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

### Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

ja  nein

### Geltung über den Tod hinaus

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

ja  nein

### 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

### Weitere Regelungen

---



---

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

## Hinweis

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.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahmen von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich bzw. sinnvoll !

Zur Erhöhung der Akzeptanz und der Glaubwürdigkeit der Vollmacht raten wir, von einem Arzt bestätigen zu lassen, dass die Verfasserin/ der Verfasser dieser Verfügung zum Zeitpunkt der Abfassung der Vollmacht geschäftsfähig war. Eine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht jedoch nicht.

### Bestätigung des Arztes

Ich bestätige, dass die von Frau / Herrn \_\_\_\_\_ verfügte Vollmacht dem Willen der Vollmachtgeberin/ des Vollmachtgebers entspricht. Die Vollmachtgeberin/ der Vollmachtgeber hat den Inhalt der Vollmacht verstanden und ist geschäftsfähig.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

### Beglaubigung

Die vorstehende Unterschrift ist von \_\_\_\_\_  
wohnhaft \_\_\_\_\_  
persönlich bekannt / ausgewiesen durch \_\_\_\_\_  
vor der Urkundsperson vollzogen / anerkannt worden.  
Ihre Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

Neustadt an der Waldnaab  
Landratsamt  
Betreuungsstelle

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Urkundsperson)

## Betreuungsverfügung

Ich, (Name Vorname)	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon, Fax, 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, Fax, 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, Fax, E-Mail	

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

Name Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon, Fax, E-Mail	

Ort, Datum

Unterschrift

# Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 1. Eingangsformel

**Ich:** \_\_\_\_\_ (Vorname, Name)

**geboren am / in:** \_\_\_\_\_

**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_

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

## 2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Zutreffendes bitte ankreuzen

Wenn

- Ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, 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 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. 1)
- 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. 2)
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungs-unfähigkeit einhergehen können.)

1) Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewussten Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- u 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 Wachkomapatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffener Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

2) Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ih Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

## 3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

### Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

ODER

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

### Schmerz- und Symptombehandlung 3)

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

ODER

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

### Künstliche Ernährung 4)

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

ODER

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

### Künstliche Flüssigkeitszufuhr 5)

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

ODER

- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

ODER

- die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

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

4) Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten.

5) Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

# Patientenverfügung Seite 3

Zutreffendes bitte ankreuzen

## Wiederbelebung 6)

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

ODER

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

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

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

ODER

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

## 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.

## 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.

## Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

## 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 zur Linderung meiner Beschwerden.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

## 4. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

ODER

wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

ODER

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:

---

---

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

---

hospizlichen Beistand.

## 5. 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 Wille 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 Personen besondere Bedeutung zukommen:

meiner / meinem Bevollmächtigten.

meiner Betreuerin / meinem Betreuer.

der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

andere Person: \_\_\_\_\_

# Patientenverfügung Seite 5

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/ das Behandlungsteam/ mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

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

## 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/Fax

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

### Gewünschte(r) Betreuerin/ Betreuer

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

## 7. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

## 8. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu 7) (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). 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.

## 9. Schlussformel

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

## 10. Schlussbemerkung

- 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.

## 11. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert

bei / durch \_\_\_\_\_

und beraten lassen durch \_\_\_\_\_

## 12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau \_\_\_\_\_ wurde von mir am

\_\_\_\_\_ bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung

aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

- Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin / einen Notar bestätigt werden.

## 13. 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 dieser Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

7) Vgl. § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes

# Regelmäßige Bekräftigung der Patientenverfügung

Um den niedergelegten Willen der ausfüllenden Person nachhaltig zu bekräftigen, wird empfohlen, die Verfügung ca. alle zwei Jahre erneut durch Unterschrift aufs Neue zu bestätigen.

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift





## Regelmäßige Bekräftigung der Patientenverfügung

Um den niedergelegten Willen der ausfüllenden Person nachhaltig zu bekräftigen, wird empfohlen, die Verfügung ca. alle zwei Jahre erneut durch Unterschrift aufs Neue zu bestätigen.

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift





**Landratsamt**  
Neustadt  
an der Waldnaab

Landratsamt Neustadt an der Waldnaab  
Stadtplatz 36  
92660 Neustadt an der Waldnaab

Telefon: +49(9602) 79-2410

Fax: +49(9602) 79-1166

E-Mail: [betreuungsstelle@neustadt.de](mailto:betreuungsstelle@neustadt.de)

Auflage: April 2023 - 5000 Stück

[www.neustadt.de](http://www.neustadt.de)

# Wichtige Rufnummern

## Notfall-Rufnummern:

Polizei_____	<b>110</b>
Rettungsdienst / Ärztlicher Notfalldienst / Feuerwehr_____	<b>112</b>
Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern_____	<b>116 117</b>
(in nicht lebensbedrohlichen Fällen)	
Giftnotrufzentrale_____München	<b>089 / 192 40</b>
_____Nürnberg	<b>0911 / 398 245 1</b>
Kartensperrung (EC, Master, Visa)_____	<b>116 116</b>

## Allgemeine Rufnummern:

Betreuungsstelle Landkreis Neustadt/WN_____	<b>09602 / 79 2410</b>
	<b>09602 / 79 2490</b>
Gasversorgung E.ON Bayern - Störungsnummer_____	<b>0180 / 2192 081</b>
Hotline zu allen Fragen der Pflege_____	<b>0800 / 772 1111</b>
(Mo - Fr: 08:00 - 18:00 Uhr)	
Stromversorgung E.ON Bayern - Störungsnummer_____	<b>0180 / 2192 091</b>
Verbraucherschutz/-beratung _____Regensburg	<b>0941 / 51 60 4</b>
_____Nürnberg	<b>0961 / 3610 0</b>
Verbraucherzentrale Bayern e.V. München_____	<b>089 / 5398 70</b>

## Individuelle Rufnummern:

Notfallkontakt_____	
Sozialstation_____	
Stadt-/ Gemeindeverwaltung_____	
Wasserversorgung - Störungsnummer_____	



**Landratsamt**  
Neustadt  
an der Waldnaab