

Vorsorge- und medizinische Notfallmappe

Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, medizinische Unterlagen,
Notfallausweis, Organspendeausweis



kreis heinsberg
bodenständig. weitsichtig.

Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeder volljährige Mensch kann durch einen Unfall, eine schwere Erkrankung, einen Schlaganfall oder durch Demenz in eine Lage geraten, in der er seine Angelegenheiten nicht mehr selbstverantwortlich klären kann bzw. seine Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt wird.

Damit Sie sicher sein können, dass in jeder Lebenslage in Ihrem Sinne gehandelt wird, bedarf es zuvor klarer Verfügungen und vielfältiger Informationen. Insbesondere Vollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen sind bei den genannten schicksalhaften Ereignissen Möglichkeiten zur Wahrung der Selbstbestimmung. Durch eine Vorsorgevollmacht kann eine gerichtliche Betreuung vermieden werden.

Mit der vorliegenden Vorsorge- und Notfallmappe möchte ich Sie ausdrücklich ermuntern, für den Fall der eigenen Hilfsbedürftigkeit rechtzeitig vorzusorgen und Personen Ihres Vertrauens zu wählen, die bereit sind, im Bedarfsfall für Sie zu handeln. Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen, Freunden, Nachbarn und Bekannten über Ihre Wünsche und Vorstellungen!

Die Mappe ist kostenlos bei den Städten und Gemeinden sowie in der Kreisverwaltung Heinsberg erhältlich. Darüber hinaus steht diese als Download unter www.kreis-heinsberg.de → **Serviceportal** → **Gesundheit & Hilfen** → **„Vorsorge- und medizinische Notfallmappe“** zur Verfügung.

Der Kreis Heinsberg bietet Ihnen mit dieser Mappe eine erste Orientierungshilfe mit Informationen zu den genannten Vorsorgemöglichkeiten und stellt Ihnen auch entsprechende Vordrucke zur Verfügung.

In diesem Sinne darf ich Ihnen mit besten Wünschen diese Mappe überreichen.

Ihr Landrat



Stephan Pusch

Inhalt

1. Einführung und Hinweise zum Gebrauch	6
2. Erläuterungen zu Vollmachten und Verfügungen	7
2.1. Vorsorgevollmacht	7
2.2. Betreuungsverfügung.....	8
2.3. Patientenverfügung.....	8
2.4. Notfall- und Organspendeausweis.....	9
3. Kontakt.....	10
3.1. Kontaktpersonen beim Kreis Heinsberg.....	10
3.2. Betreuungsvereine	11
3.3. Amtsgerichte.....	11
4. Persönliche Unterlagen	13
4.1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern	14
4.2. Medikamentenliste.....	18
4.3. Krankheiten/Diagnosen.....	19
Vordrucke.....	Anhang
Vorsorgevollmacht	
Patientenverfügung	

1. Einführung und Hinweise zum Gebrauch

Die Vorsorge- und Notfallmappe soll anderen Menschen, insbesondere Ärztinnen/Ärzten, Fachkräften, aber auch Behördenpersonal alle wichtigen Informationen zu Ihrer Person auf einen Blick ermöglichen. Auch bei einem Arztwechsel, einer Heimaufnahme oder Regelung anderer persönlicher Angelegenheiten kann sie hilfreich sein.

Daher ist es wichtig, dass Sie oder Ihre Angehörigen diese Informationen immer auf dem aktuellen Stand und für den Notfall bereithalten. Das bedeutet:

- ⇒ **Sprechen Sie mit Angehörigen oder Freunden, denen Sie vertrauen über Ihre Wünsche und füllen Sie eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht aus. In dieser Mappe finden Sie Vordrucke dazu.**
- ⇒ **Bitten Sie in Ihrer Arztpraxis oder Apotheke regelmäßig um eine aktuelle Medikamentenliste und ergänzen auch Präparate, die sie ohne Verordnung regelmäßig nehmen.**
- ⇒ **Bitten Sie in Ihrer Arztpraxis regelmäßig um die aktuellen Diagnosen und legen Sie die letzten Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus als Kopie dazu.**
- ⇒ **Bitte schauen Sie von Zeit zu Zeit, ob Ihre persönlichen Daten und wichtigen Rufnummern noch stimmen und aktualisieren Sie sie gegebenenfalls.**
- ⇒ **Wir empfehlen Ihnen, alle herausgetrennten und ausgefüllten Formulare einschließlich der aktuellen Medikamentenliste und wichtigen Unterlagen in einem eigenen Ordner abzuheften.**

Die Mappe erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzt auch keine rechtliche und/oder medizinische Beratung. Sie soll für ein wichtiges Thema sensibilisieren und einen Rahmen bieten, seine persönlichen Unterlagen zusammen zu führen.

2. Erläuterungen zu Vollmachten und Verfügungen

2.1. Vorsorgevollmacht

Jede/r Volljährige kann in eine Situation kommen, in der sie/er seine rechtlichen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Mit einer Vollmacht kann die Vollmacht gebende Person **Menschen ihres Vertrauens** bevollmächtigen, sie rechtsverbindlich zu vertreten. In der Vollmacht wird schriftlich genau festgelegt, für welche Lebensbereiche diese Vertretungsmöglichkeit gelten soll.

Eine Vollmacht ist eine private Vereinbarung zwischen Vollmachtgeber/in und der bevollmächtigten vertrauten Person. Eine Einmischung von außen bzw. die Beteiligung einer Behörde oder eines Gerichtes kann somit grundsätzlich vermieden werden.

Dies setzt voraus, dass

- die Vollmacht gebende Person zum Zeitpunkt der Vollmachterteilung im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte ist und die Tragweite ihrer Entscheidungen erkennen kann. Könnten andere aufgrund Ihres hohen Alters oder einer Erkrankung (z.B. einer beginnenden Demenz) Zweifel daran haben, ist es sinnvoll, ein ärztliches Attest beizulegen, was die Entscheidungsfähigkeit bestätigt.
- der/die Bevollmächtigte auch bereit und in der Lage ist, die Vollmacht auszuüben beziehungsweise die Vollmacht gebende Person zu vertreten.

Eine automatische Befugnis unter Angehörigen (auch unter Eheleuten bzw. Kindern) zur Vertretung in rechtlichen Angelegenheiten gibt es nicht.

Bankvollmachten müssen bei den jeweiligen Kreditinstituten zusätzlich erteilt werden.

Eine bestimmte Form bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht ist nicht zu beachten, jedoch sollte sie schon aus Beweisgründen immer schriftlich erfolgen. Sie kann handschriftlich verfasst werden, muss aber gut lesbar und die Formulierungen eindeutig sein.

Sobald die Vorsorgevollmacht vom Vollmachtgeber unterschrieben wurde, ist sie im „Außenverhältnis“ (Dritten gegenüber) gültig. Im „Innenverhältnis“ (zwischen Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer) kann vereinbart werden, dass hiervon erst Gebrauch gemacht werden darf, wenn der Vollmachtgeber seine rechtlichen Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann. Eine Vollmacht erlischt im Zweifel mit dem Tod des Vollmachtgebers. Soll sie über den Tod hinaus gelten, muss dies in der Vollmacht vermerkt werden.

Um eine möglichst hohe Akzeptanz der Vollmacht zu erreichen, empfiehlt es sich, die Vollmacht **öffentlich beglaubigen** zu lassen. Dadurch wird die Echtheit Ihrer Unterschrift bestätigt. Zu derartigen Beglaubigungen befugt sind die Betreuungsstelle des Kreises Heinsberg und Notare. Es besteht auch die Möglichkeit, die Vollmacht komplett mit einem Notar zu erstellen (notarielle Vollmacht).

Für Immobilienverkäufe, die Beantragung eines neuen Personalausweises oder Abgabe von Erklärungen im Rahmen einer Erbausschlagung ist eine öffentlich beglaubigte oder notarielle Vorsorgevollmacht zwingend erforderlich.

Dennoch gibt es einige Fälle, in denen immer das Amtsgericht eingeschaltet werden muss. Dies ist nötig für alle Entscheidungen über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. geschlossene Unterbringung in einem Krankenhaus oder Pflegeheim, Bettgitter, sedierende Medikamente) sowie ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen oder medizinische Eingriffe, wenn dabei Lebensgefahr besteht oder ein schwerer, länger andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist.

Früher wurde öfter der Begriff der **Generalvollmacht** verwendet. Darin wurde jemand „zur Vertretung in allen Angelegenheiten“ ermächtigt. Eine solche allgemeine Formulierung deckt aber die im vorangegangenen Absatz genannten Entscheidungen nicht ab. Diese müssen in der Vollmacht ausdrücklich erwähnt sein.

2.2. **Betreuungsverfügung**

Gibt es in Ihrem Umfeld keine Person, der Sie so weit vertrauen, dass Sie ihr eine Vorsorgevollmacht übertragen möchten, besteht die Möglichkeit, eine **Betreuungsverfügung** zu erteilen. Darin können Sie festlegen, wen das Amtsgericht als Betreuer/in bestellen soll, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können. Sie können auch festlegen, wer auf keinen Fall als Betreuer bestellt werden soll. Anders als bei einer Vollmacht unterliegt eine Betreuung der **Kontrolle durch das Betreuungsgericht**. In der Betreuungsverfügung können Wünsche festgelegt werden, die die vom Betreuungsgericht bestellte Person bei der Ausübung der Betreuung beachten soll. Hierzu gehören zum Beispiel Wünsche zur Art der Versorgung, zum Ort der Pflege und zur Aufrechterhaltung von Lebensgewohnheiten.

Das Formular zur Betreuungsverfügung können Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz und Verbraucherschutz unter dem Suchbegriff „Betreuungsverfügung“ downloaden.

2.3. **Patientenverfügung**

Die **Patientenverfügung** ist eine Willenserklärung, mit der jede volljährige und einwilligungsfähige Person schriftlich im Voraus festlegen kann, ob sie in ärztliche, pflegerische und vor allem intensivmedizinische Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehen, einwilligt oder diese untersagt. Ein Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt kann hilfreich sein, um medizinische Aspekte abzuklären.

Mit einer Patientenverfügung können sowohl Festlegungen für Maßnahmen zur Lebenserhaltung als auch solche für deren Unterlassung oder deren Abbruch festgelegt werden. Treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, sind ergänzende Schilderungen zu persönlichen Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen

Leben und Sterben sowie ggfs. religiöse Anschauungen sehr hilfreich, die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen zu ermitteln.

Patientenverfügungen sind nach dem Gesetz (§ 1901a Bürgerliches Gesetzbuch) verbindlich, sie gelten unabhängig von der Art oder dem Stadium der Erkrankung. Die in der Patientenverfügung getroffenen Festlegungen sollten in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Jede Überprüfung sollte durch Datum und Unterschrift dokumentiert werden. Falls Sie bereits sehr alt oder krank sind, kann es sinnvoll sein, den Hausarzt um eine kurze Bestätigung zu bitten, dass Sie geistig noch in der Lage sind, eine solche Verfügung zu treffen.

Eine Patientenverfügung kann jederzeit und formlos widerrufen werden. Niemand kann zu einer Patientenverfügung verpflichtet werden.

So vielfältig wie die Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen der Menschen sind, können auch die individuellen Entscheidungen des Einzelnen sein, die sich daraus ergeben und die dann ihren Ausdruck in einer Patientenverfügung finden. Eine verbindliche Form für sie gibt es nicht, eine freie Formulierung ist möglich. Allerdings hat sich in der Rechtsprechung herausgestellt, dass Patientenverfügungen am besten Berücksichtigung finden, wenn die Verfügungen möglichst konkret sind. In dieser Mappe finden Sie den Vordruck, der sich an den „Leitfaden für die persönliche Vorsorge“ der Ärztekammer Nordrhein (www.aekno.de) anlehnt und sich auf die Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (www.bmjv.de) bezieht. Sie können diesen Vordruck auch auf Ihre persönlichen Bedürfnisse anpassen oder ergänzen.

Falls Sie nur eine Patientenverfügung und keine Vorsorgevollmacht erstellt haben, ist es sinnvoll, die Patientenverfügung durch eine „Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“ zu ergänzen. Denn ob eine Patientenverfügung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort zum Tragen kommt, hängt ganz wesentlich von einem Menschen ab, der sich in Ihrem Sinne dafür einsetzt. Mit dieser Vollmacht autorisieren Sie diese Person, Sie zu vertreten, wenn Sie selbst nicht mehr dazu in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen. Bitte achten Sie darauf, dass Sie keine sich widersprechenden Vollmachten erteilen oder verschiedene Personen bei sich überlappenden Themen benennen. Ein Formular für eine derartige „Teil-Vollmacht“ finden Sie unter www.aekno.de → **Stichwort: Patientenverfügung**.

2.4. Notfall- und Organspendeausweis

Die Mappe enthält auch einen Notfall- und Organspendeausweis. Beides sollten Sie ausfüllen und ständig bei sich tragen.

➤ **Noch ein Hinweis zum Schluss**

Vollmachten und Patientenverfügungen sind wichtig, um Ihren Willen rechtsverbindlich kundzutun. Aber ebenso wichtig ist es, mit Angehörigen, Freunden und insbesondere den bevollmächtigten Personen über Ihre Wünsche und Vorstellungen im Zusammenhang mit möglichen geistigen Einschränkungen, schweren Krankheiten und dem Lebensende zu **reden!**

3. Kontakt

3.1. Kontaktpersonen beim Kreis Heinsberg

- **Betreuungsstelle**

Die Betreuungsstelle des Kreises Heinsberg informiert über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügung.

Zuständig für die Städte Erkelenz, Hückelhoven, Wegberg:

Frau Roob

Tel. 02452 13-5509

Frau Moll

Tel. 02452 13-5512

Zuständig für die Städte Geilenkirchen, Übach-Palenberg, Gemeinde Gangelt:

Herr Heinrichs

Tel. 02452 13-5507

Frau Emundts-Toepke

Tel. 02452 13-5505

Zuständig für die Städte Heinsberg, Wassenberg, Gemeinden Selfkant und Waldfeucht:

Frau Kremers

Tel. 02452 13-5506

Frau Klein

Tel. 02452 13-5511

- **Gesundheitsamt**

Frau Gerads

Tel. 02452 13-5313

karin.gerads@kreis-heinsberg.de

➤ **Unsere Empfehlung**

Im Internet sind zum Betreuungsrecht unter nachfolgendem Link zehn leicht verständliche Kurzvideos zu finden:

<https://www.youtube.com/channel/UCrLmPXtRU3PJXbrz6YPi1iA>

(Suche in Google: „Gesetzliche Betreuung Nürnberg Videos“)

3.2. Betreuungsvereine



Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Heinsberg e. V.
52525 Heinsberg, Siemensstr. 7
Tel. 02452 182760



Diakonieverein Düren-Jülich-Heinsberg e. V.
Außenstelle Erkelenz
41812 Erkelenz, Aachener Str. 15
Tel. 02431 3115
02431 946520

Außenstelle Übach-Palenberg
52531 Übach-Palenberg, Maastrichter Str. 47
Tel. 02451 42758



Lebenshilfe Betreuungsverein für den Kreis Heinsberg e. V.
52525 Heinsberg, Graf-von-Galen-Str. 37
Tel. 02452 9672780



Sozialdienst Kath. Frauen und Männer e. V. - Region Heinsberg
41812 Erkelenz, Westpromenade 13
Tel. 02431 96000

3.3. Amtsgerichte

- Zuständig für die Städte Heinsberg, Wassenberg, Gemeinden Selfkant und Waldfeucht:

Amtsgericht Heinsberg - Betreuungsgericht
52525 Heinsberg, Schafhausener Str. 47
Tel. 02452 109-0

- Zuständig für die Städte Erkelenz, Hückelhoven, Wegberg:

Amtsgericht Erkelenz - Betreuungsgericht
41812 Erkelenz, Kölner Str. 61
Tel. 02431 9602-0

- Zuständig für die Städte Geilenkirchen, Übach-Palenberg, Gemeinde Gangelt:

Amtsgericht Geilenkirchen - Betreuungsgericht
52511 Geilenkirchen, Konrad-Adenauer-Str. 225
Tel. 02451 991-0

4. Persönliche Unterlagen

Es existiert ein/e

Vorsorgevollmacht

ja

nein

Patientenverfügung

ja

nein

Notfallausweis

ja

nein

Organspendeausweis

ja

nein

Es existieren weitere Dokumente, und zwar:

4.1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern

Personalien

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Versicherten-Nr. _____

Familienstand ledig verheiratet verwitwet

Pflegegrad keinen 1 2 3 4 5 beantragt

Im Notfall zu benachrichtigen

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Beziehung zur/zum Erkrankten Bevollmächtigte/-r rechtliche/r Betreuer/-in

Sonstige: _____

Weitere Ansprechpartner/-in

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Beziehung zur/zum Erkrankten Bevollmächtigte/-r rechtliche/r Betreuer/-in

Sonstige: _____



Weitere Ansprechpartner/-in

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Beziehung zur/zum Erkrankten Bevollmächtigte/-r rechtliche/r Betreuer/-in

Sonstige: _____



Weitere Ansprechpartner/-in

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Beziehung zur/zum Erkrankten Bevollmächtigte/-r rechtliche/r Betreuer/-in

Sonstige: _____

Meine Hausärztin / Mein Hausarzt

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Meine Fachärztinnen/Fachärzte

Fachrichtung _____

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Meine Fachärztinnen/Fachärzte

Fachrichtung _____

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Meine Fachärztinnen/Fachärzte

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Eventuell: Mein Pflegedienst

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Eventuell: Weitere/-r Ansprechpartner/-in

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

4.2. Medikamentenliste

Ausdruck Ihrer Fach- und Hausarztpraxis oder Ihrer Apotheke

Aktueller Stand:	geändert am
	geändert am
	geändert am
	geändert am

4.3. Krankheiten/Diagnosen

Ausdruck Ihrer Hausarztpraxis und/oder letzte Krankenhausberichte

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 (§ 1904 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 zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie

 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) ja nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB) ja nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a 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 rechtlich gestattet ist. 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 2.1.5 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

Patientenverfügung

Ich, Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst.

Für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, bestimme ich, dass ich in Würde sterben möchte. Dies soll für folgende Situation(en) gelten:

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- wenn ich 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 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.
- wenn 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
- wenn die nachfolgend genannte Situation eintritt (eigene Beschreibung der Anwendung):

Anmerkung: Bitte beschreiben Sie möglichst konkret, wie in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation, z. B. Wachkoma, gehandelt werden soll. Was soll in welcher Situation getan bzw. unterlassen werden, z. B. Angaben zur Schmerz- und Symptombehandlung, künstlichen Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebung, künstlichen Beatmung, Antibiotikagabe oder Dialyse, etc.?

- Sollte ein nicht ausdrücklich genannter, mit den vorbezeichneten Situationen vergleichbarer Lebenszustand eintreten, so wünsche ich ein diesem angepasstes Vorgehen.

Zu einem würdevollen Sterben gehört für mich:

- Unter den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.
- Unter den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situationen sollen Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.
- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,
 - aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.
 - 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.
- Weiterhin wünsche ich in den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situationen, dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt/erfolgen.
- Auch soll der Versuch der Wiederbelebung in der/den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situation(en) unterlassen werden und eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt werden bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.
- Nicht nur in der/den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situation(en), sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.
- In der/den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situation(en) wünsche ich, 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.
- In der/den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situation(en) wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird, Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung gegeben werden und die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt.

Bitte nur **eine** der beiden Alternativen ankreuzen:

Mit folgenden Ausführungen möchte ich eine Hilfestellung zum Verständnis meiner vorstehenden Patientenverfügung machen:

Anmerkung:
 Wir empfehlen Ihnen an dieser Stelle Ihre persönlichen Vorstellungen zu einem lebenswerten oder nicht mehr lebenswerten Leben darzulegen, z.B. religiöse Anschauung oder Erwartungen bezüglich der eigenen Lebensgestaltung im Falle einer eingeschränkten Lebensfähigkeit.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.
- Beistand durch folgende Personen:

.....

.....

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

.....

.....

- hospizlichen Beistand.

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

.....

.....

.....

Angaben zur Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Diese geht den Bestimmungen zur Patientenverfügung vor.
- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Diese Zustimmung geht den Bestimmungen zur Patientenverfügung vor.
 - Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.
 - Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach dem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Ich lege folgende Unterlagen zu meiner Patientenverfügung bei, die ich für wichtig erachte:

Anmerkung:
Bitte Schriftstücke angeben

.....

.....

.....

.....

Sofern dieser Patientenverfügung gesondert ergänzende Erläuterungen, Erklärungen oder Angaben zu Krankheiten oder sonstigen Lebensumständen beigelegt sind, sollen diese Bestandteil dieser Patientenverfügung sein.

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreterin/mein Vertreter – z. B. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – 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/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – 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:

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

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

Erklärung zu weiteren Verfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **notarielle Generalvollmacht** erteilt an: Frau Herrn

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt.
Gewünschte/r Betreuerin/Betreuer Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

Ärztin/Arzt meines Vertrauens

Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Beratung

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

Frau Herrn

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum / Unterschrift

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):
Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift



Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe: _____

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe: _____

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname _____ Telefon _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise _____

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____



NOTFALLAUSWEIS

BEVOLLMÄCHTIGTER

Name _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____

Mobil _____

Impressum

Stand: März 2021

Herausgeber

Kreis Heinsberg - Der Landrat
Gesundheitsamt und Betreuungsstelle
Valkenburger Str. 45 - 52525 Heinsberg

1. Kontaktperson

Karin Gerads 02452 13-5313
karin.gerads@kreis-heinsberg.de

2. Internet

Die komplette Mappe ist auch auf der Homepage des Kreises Heinsberg hinterlegt unter www.kreis-heinsberg.de
-> Serviceportal -> Gesundheit & Hilfen -> „Vorsorge- und medizinische Notfallmappe“

Quellen und Danksagung

Broschüren:

Betreuungsrecht und Patientenverfügung des Bundesministeriums der Justiz und Verbraucherschutz
www.bmjv.de

Internetseite der Landeshauptstadt Düsseldorf, Betreuungsstelle
www.duesseldorf.de/jugendamt

Ärztekammer Nordrhein,
„Leitfaden für die persönliche Vorsorge“
www.aekno.de

Wir danken der GSP – Gesellschaft für soziale Projekte – eine Tochtergesellschaft des Paritätischen NRW für die Zurverfügungstellung einiger Dokumente, die 2011 im Rahmen des Projektes „Blickwechsel Demenz“ entwickelt wurden.



www.blickwechselfdemenz.de

Organspendeausweis



nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____



Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.



NOTFALLAUSWEIS

ICH, Name _____

Straße _____

Wohnort _____

Hausarzt _____

habe eine Vorsorgevollmacht Patientenverfügung

Ich bin Organspender ja nein



Kreisverwaltung Heinsberg
Valkenburger Straße 45
52525 Heinsberg

Tel.: (02452) 13-0
Fax: (02452) 13 88-0

www.kreis-heinsberg.de
E-Mail: info@kreis-heinsberg.de