

Patientenverfügung

Meine persönliche Patientenverfügung

Name _____ Vorname _____
geboren am _____ in _____
Straße _____ Wohnort _____

Wenn ich selbst nicht mehr für mich entscheiden kann, soll diese Patientenverfügung meinen Willen zum Ausdruck bringen.

Meine nachfolgend festgelegten Wünsche sollen in schwierigen Lebenslagen verbindlich berücksichtigt werden.

Wenn in einer konkreten Situation Unsicherheiten hinsichtlich meiner Behandlungswünsche bestehen, soll diese Patientenverfügung in erster Linie dazu dienen, meinen Vertreter sowie meine Ärzte und Angehörigen bei einer Entscheidungsfindung, die meinen Vorstellungen von Lebenssinn und Lebensqualität entspricht, zu unterstützen.

Ja ☐ Nein ☐

In vielen Lebenslagen ist die Prognose nicht eindeutig. Wenn es unklar sein sollte, ob mein hier verfügter Wille in der konkreten Situation greift, wünsche ich mir Unterstützung durch ein Ethikkomitee.

Ja ☐ Nein ☐

Meine Einstellung zum Leben

(Bitte verstehen Sie diese Fragen als Anregungen.)

1. Warum, aus welchem Anlass erstelle ich diese Patientenverfügung?
2. Was denke ich über mein Leben und Sterben? Was macht mir Angst? Was hilft mir, wenn es mir gesundheitlich schlecht geht?
3. Was ist mir besonders wichtig?

Ergänzungen auf der Rückseite

Behandlungssituationen

Gültigkeitsvoraussetzungen der Patientenverfügung (nicht zutreffende Textpassagen bitte streichen)

Menschliche Zuwendung, gute Pflege sowie die angemessene Behandlung von Schmerzen, Luftnot, Angst und Übelkeit sind immer Bestandteil der Grundversorgung.

1. Schwere Erkrankungen

a) Schwere, akut auftretende Gehirnschädigung

Ein schwerer Hirnschaden (direkte Gehirnschädigung, wie beispielsweise durch einen Unfall, einen Schlaganfall, eine Hirnblutung oder eine Entzündung, ebenso wie indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) kann zur Folge haben, dass ich aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer nicht mehr in der Lage sein werde, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. In dieser Situation habe ich meine Einsichtsfähigkeit und die Möglichkeit, mit meinen Mitmenschen in Kontakt zu treten, verloren.

Für diesen Fall wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche für mich getan wird. Dazu gehören eine intensive Heilbehandlung und ärztliche Eingriffe sowie lebensverlängernde Maßnahmen, wie beispielsweise Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Dialyse oder Bluttransfusionen.

Nein ☐ Ja ☐

Diese Entscheidung treffe ich in Kenntnis dessen, dass in seltenen Fällen ein Aufwachen aus einem langen Wachkoma oder Koma möglich ist.

- b) Wenn ich eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit (beispielsweise eine Krebserkrankung oder eine schwerste Erkrankung der Atemwege) im Endstadium habe, bei der der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat, möchte ich, dass alles medizinisch Mögliche (intensive Heilbehandlung, ärztliche Eingriffe sowie lebensverlängernde Maßnahmen, wie beispielsweise Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Dialyse oder Bluttransfusionen) getan wird.

Nein ☐ Ja ☐

- c) Sollte ich in einen schweren neurologischen Defektzustand (beispielsweise den Endzustand eines Demenzprozesses oder einer sonstigen schweren Abbaukrankung wie einer Multisystematrophie oder eines schweren Parkinsonsyndroms) geraten, wünsche ich weiterhin den Einsatz aller zur Verfügung stehenden medizinischen Mittel (intensive Heilbehandlung, ärztliche Eingriffe sowie lebensverlängernde Maßnahmen wie beispielsweise Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Dialyse oder Bluttransfusionen.)

Nein ☐ Ja ☐ _____

- d) Behandlungssituationen, die hier nicht ausdrücklich aufgeführt sind, aber mit den benannten vergleichbar sind, sollen entsprechend beurteilt werden.

Ja ☐ Nein ☐ _____

Sollte ich mich bei 1. in den dort benannten Situationen gegen den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen entschieden haben, beinhaltet das auch die Unterlassung der Behandlung zusätzlich auftretender Erkrankungen. Das bedeutet, dass bei so schweren Erkrankungen beispielsweise auf die Gabe eines Antibiotikums mit dem Ziel, das Leben zu verlängern, verzichtet wird, es sei denn, hiervon wird eine Symptomlinderung für mich erwartet.

Nein ☐ Ja ☐

Sollte ich mich bei 1. gegen den Einsatz intensiver Heilverfahren entschieden haben, beinhaltet dies auch den Verzicht auf:

- künstliche Ernährung (über Magensonde, PEG-Sonde* oder intravenös) Ja ☐ Nein ☐

- künstliche Flüssigkeitszufuhr (über Magensonde, PEG-Sonde* oder intravenös) Ja ☐ Nein ☐ Nach ärztlichem Ermessen ☐

Ich weiß, dass bei einem Verzicht auf künstliche Flüssigkeitszufuhr der Tod innerhalb weniger Tage eintreten kann.

2. Zwangsmaßnahmen

Sollte ich infolge einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können, sind diese ärztlichen Maßnahmen im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts notfalls auch gegen meinen natürlichen Willen durchzuführen, wenn dies zur Abwehr eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens notwendig ist und der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Ja ☐ Nein ☐

3. Palliative Sedierung

Zur Beherrschung von schweren Angstzuständen, Schmerzen, Luftnot oder anderen unerträglichen Beschwerden wünsche ich für mich die dauerhafte Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln (palliative Sedierung), auch wenn dies für mich mit einer Verkürzung meiner letzten Lebensphase einhergehen kann. Dabei nehme ich auch das Risiko einer Verkürzung meines Lebens in Kauf.

Ja ☐ Nein ☐

4. Intensivtherapie

Durch den Einsatz intensivmedizinischer Mittel kann oft ein Menschenleben gerettet werden. Wenn in einer Behandlungssituation nach aktuellem Erkenntnisstand berechtigte Hoffnung besteht, dass ich nach überstandener Bedrohung ein Leben führen kann, das ich für mich bejahen kann, wünsche ich die Anwendung lebenserhaltender und intensivmedizinischer Maßnahmen. In einer solchen Situation soll das gegebenenfalls auch über viele Wochen geschehen.

Ja ☐ Nein ☐

Begleitung

1. Bei schwerer Krankheit oder Bewusstlosigkeit wünsche ich mir menschlichen Beistand.
Die Anwesenheit folgender Personen (auch am Krankenbett) wäre in meinem Sinne:

Gegenüber folgenden Menschen entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und Pflegenden von ihrer Schweigepflicht:

2. Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, habe ich bereits eine Vorsorgevollmacht verfasst.

Nein ☐ Ja ☐, meine Bevollmächtigte / mein Bevollmächtigter ist (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)

3. Ich wünsche, dass eine Pastorin / ein Pastor, eine Priesterin / ein Priester oder eine Vertreterin / ein Vertreter meiner Religion gerufen wird, um mir Beistand zu geben.

Ja ☐ Nein ☐

Meine Religionszugehörigkeit:

Ich erwarte, dass meine Wertvorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt werden. Sofern ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, möchte ich nicht, dass mir in der Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Ich beabsichtige, diese Patientenverfügung regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern.

Ort, Datum

Unterschrift

Aktualisierung dieser Verfügung durch erneute Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Eine erneute Unterschrift ist nicht gesetzlich gefordert, aber sinnvoll. Diese Aktualisierung kann mehrfach passieren. Jedenfalls sollte die Verfügung immer dann erneuert werden, wenn Sie etwas geändert haben. Sonst empfiehlt sich eine Aktualisierung durch erneute Unterschrift im Zweijahresrhythmus.

Hier bitte abtrennen.

Organspende

Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organspende frei.

Ja ☐Nein ☐

Falls ja:

☐ Ich gestatte dies mit Ausnahme folgender Organe oder Gewebe:

☐ Ich gebe lediglich folgende Organe oder Gewebe zur Entnahme frei:

Sollten durch meine Bereitschaft zur Organspende intensivmedizinische Behandlungen erforderlich werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann dürfen diese Maßnahmen in diesem Fall zeitlich begrenzt durchgeführt werden.

Ja ☐Nein ☐

 Ort, Datum

 Unterschrift

Zeuginnen/Zeugen

(Die Unterschrift von Zeuginnen/Zeugen ist für die Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht erforderlich, erhöht aber die Beweiskraft.)

Ich bestätige, dass Frau/Herr _____

diese Patientenverfügung nach ausführlicher Beratung durch mich und nach sorgfältiger Prüfung festgelegt hat und dass ich keine Zweifel an ihrer/seiner Entscheidungsfähigkeit habe.

Unterschrift der Zeugin / des Zeugen

Ort, Datum	Unterschrift der Zeugin/des Zeugen	Name in Druckbuchstaben
------------	------------------------------------	-------------------------

Zur Identifikation lag ein Ausweisdokument vor, z.B. Personalausweis der/des Verfügenden.

Ja ☐ Nein ☐

Falls ja:

Personalausweisnummer der/des Verfügenden	Unterschrift der Zeugin/des Zeugen
---	------------------------------------

Hier bitte abtrennen.

VORSORGEVOLLMACHT UND BETREUUNGSVERFÜGUNG

INHALT

I. Vorsorgevollmacht

Sie können jeweils eine Vollmacht für die persönlichen Angelegenheiten und eine für die Vermögensangelegenheiten erteilen. Dabei können Sie auch unterschiedliche Bevollmächtigte für die verschiedenen Bereiche ernennen.

Wichtig ist in jedem Fall, dass die/der jeweils Bevollmächtigte das Original der Vollmacht auf Anfrage vorlegen kann.

Die Vorsorgevollmacht gliedert sich in die folgenden Bereiche:

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten
2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten
3. Untervollmacht | Befreiung von § 181 BGB | Widerruf
4. Regelungen im Innenverhältnis gegenüber der/dem Bevollmächtigten

II. Betreuungsverfügung

III. Zeuginnen/Zeugen

I. VORSORGEVOLLMACHT VON:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

Anschrift: _____

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten

Meine Bevollmächtigte / Mein Bevollmächtigter ist zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten uneingeschränkt befugt. Ich bevollmächtige folgende Person als meine Vertreterin / meinen Vertreter:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Sie/Er ist verpflichtet, sich in Fragen zur Gesundheitsfürsorge insbesondere an eine von mir verfasste Patientenverfügung zu halten. Bei offensichtlichen Abweichungen von meiner Patientenverfügung soll sie/er vom Betreuungsgericht kontrolliert werden können. Eine notarielle Bestätigung halte ich nicht für erforderlich.

Diese Vollmacht umfasst insbesondere die folgenden Befugnisse, soweit notwendig mit Genehmigung des Betreuungsgerichtes (nachfolgend Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen):

- ☐ Befugnis zur Entscheidung in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge und zu allen Einzelheiten einer ambulanten und/oder stationären Pflege
- ☐ Befugnis zur Einsicht in die Krankenunterlagen und zur Bewilligung von deren Herausgabe an Dritte, soweit dies zu meiner Behandlung und Weiterbehandlung erforderlich ist; dazu entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte und Pflegenden gegenüber meiner Vertreterin / meinem Vertreter von der Schweigepflicht
- ☐ Befugnis zur Einwilligung, zur Nichteinwilligung und zum Widerruf der Einwilligung in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe, auch wenn sie unter Umständen zu schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schäden oder zum Tod führen können
- ☐ Befugnis zur Entscheidung über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung oder meine Verbringung in ein Krankenhaus gegen meinen natürlichen Willen sowie über freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z. B. Bettgitter oder Medikamente) in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung, soweit dies zu meinem Wohl und zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens erforderlich ist
- ☐ Befugnis zur Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, wenn diese Maßnahme wegen fehlender Einsicht in die tatsächliche Notwendigkeit gegen den natürlichen Willen erfolgt, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden, wobei der zu erwartende Nutzen der Maßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt
- ☐ Befugnis zur Bestimmung über meinen Aufenthalt, gegebenenfalls auch über den Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim

Die/der Bevollmächtigte kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben, wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe. ☐ Ja ☐ Nein

Eine Vorsorgevollmacht kann von mir jederzeit widerrufen und zurückgezogen werden. Absprachen zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem in ihrem Innenverhältnis (z.B. Vergütungsvereinbarungen) obliegen der eigenen Verantwortung.

Meine Bevollmächtigte / Mein Bevollmächtigter für persönliche Angelegenheiten

Die Unterschrift der/des Bevollmächtigten ist nicht erforderlich und rechtlich unverbindlich, mit ihr soll lediglich die Kenntnisnahme und die Bereitschaft zur Übernahme der Vertrauensstellung dokumentiert werden.

Sobald die Vollmachtgeberin / der Vollmachtgeber infolge von Krankheit oder Behinderung seine/ihre eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann, bin ich ohne rechtliche Verpflichtung bereit, im vorbezeichneten Umfang als ihr(e)/sein(e) rechtsgeschäftliche(r) Vertreter(in) für sie/ihn und an ihrer/seiner Stelle zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit aufgeben oder ruhen lassen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Nachrangige Bevollmächtigte für persönliche Angelegenheiten (in folgender Reihenfolge):

1. _____
2. _____
(Name, Vorname, Anschrift, Telefon der/des Bevollmächtigten)

2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten

Meine Bevollmächtigte / mein Bevollmächtigter ist zu meiner Vertretung in Vermögensangelegenheiten bevollmächtigt.

- ☐ Ich bevollmächtige die bereits zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten genannte Person.
- ☐ Ich bevollmächtige folgende Person

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

- ☐ unbeschränkt und umfassend.
- oder
- ☐ beschränkt auf folgende Bereiche (nachfolgend Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen):
- ☐ Wahrnehmung von Rechten und Pflichten aus einem eventuellen Mietvertrag einschließlich der Kündigung und Haushaltsauflösung
- ☐ Entscheidung über meine Telekommunikation einschließlich meiner elektronischen Kommunikation
- ☐ Entgegennehmen und Öffnen meiner Post
- ☐ Alle Regelungen des Post- und Fernmeldeverkehrs einschließlich des Schließens und Kündigens von Verträgen
- ☐ Vertretung gegenüber Behörden, Gerichten, Versicherungen, Renten- und Sozialversicherungsträgern
- ☐ Verwaltung des Vermögens einschließlich der Befugnis zur Vornahme aller damit einhergehenden Rechtshandlungen

Hinweise:

- Banken akzeptieren eine Bevollmächtigung grundsätzlich nur dann, wenn sie selbst die Legitimation der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers prüfen konnten oder die Vollmacht vor Ort in notarieller Form erstellt wurde.
- Bei Immobiliengeschäften und Handelsgewerben ist die notarielle Form der Vollmacht erforderlich. Insbesondere dazu sollten Sie sich gesondert beraten lassen.

Wirkung der Vollmacht

Die Wirkung der Vollmacht reicht über den Tod der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers hinaus:

- ☐ Ja, sie gilt bis zum Widerruf durch die Erbin / den Erben.
- ☐ Nein, sie erlischt mit dem Zeitpunkt des Todes.

Nachrangige Bevollmächtigte für Vermögensangelegenheiten (in folgender Reihenfolge):

1. _____
(Name, Vorname, Anschrift, Telefon der/des Bevollmächtigten)
2. _____
(Name, Vorname, Anschrift, Telefon der/des Bevollmächtigten)

Meine Bevollmächtigte / Mein Bevollmächtigter in Vermögensangelegenheiten

Die Unterschrift der/des Bevollmächtigten ist nicht erforderlich und rechtlich unverbindlich, mit ihr soll lediglich die Kenntnisnahme und die Bereitschaft zur Übernahme der Vertrauensstellung dokumentiert werden.

Sobald die Vollmachtgeberin / der Vollmachtgeber infolge von Krankheit oder Behinderung ihre/ seine eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann, bin ich ohne rechtliche Verpflichtung bereit, im oben bezeichneten Umfang als ihr(e)/sein(e) rechtsgeschäftliche(r) Vertreter(in) für sie/ihn und an ihrer/seiner Stelle zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit aufgeben oder ruhen lassen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten

3. Untervollmacht | Befreiung von § 181 BGB | Widerruf

- a) Die/der Bevollmächtigte kann, soweit rechtlich zulässig, Untervollmachten erteilen und diese ganz oder teilweise auf Dritte übertragen.

Dies gilt für:

Persönliche Angelegenheiten	☐ Ja	☐ Nein
Vermögensangelegenheiten	☐ Ja	☐ Nein

- b) Von den Beschränkungen des § 181 BGB (Verbot des Insichgeschäfts) ist die/der Bevollmächtigte in den Vermögensangelegenheiten befreit, sodass sie/er befugt ist, Rechtsgeschäfte im Namen der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers mit sich selbst oder als Vertreterin/Vertreter eines Dritten vorzunehmen:

☐ Ja
☐ Nein

- c) Jede der mit diesem Dokument erteilten Vollmachten ist jeweils einzeln jederzeit widerruflich, nicht jedoch durch etwaige gerichtlich bestellte Nachlassverwalter oder -pfleger. Sie können auch von der/dem jeweiligen Bevollmächtigten gegenüber den weiteren Bevollmächtigten widerrufen werden, nicht jedoch durch die weiteren Bevollmächtigten gegenüber der/dem jeweils vorrangig Bevollmächtigten.

4. Regelungen im Innenverhältnis gegenüber der/dem Bevollmächtigten

Im Innenverhältnis gegenüber der/dem Bevollmächtigten – und damit ohne äußeren Einfluss auf die Verwendung der Vollmacht gegenüber Geschäftspartnern (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Bank, weitere Beteiligte) – bestimme ich:

Die/der Bevollmächtigte wird angewiesen, von der Vollmacht erst dann Gebrauch zu machen, wenn der Vorsorgefall eintritt (Geschäftsunfähigkeit bzw. Betreuungsbedürftigkeit).

Die weiteren Bevollmächtigten werden angewiesen, von der ihnen erteilten Vollmacht erst dann Gebrauch zu machen, wenn die/der Bevollmächtigte stirbt oder aus anderen Gründen die ihr/ihm erteilte Vollmacht ganz oder zeitweise nicht ausüben kann oder nicht ausüben möchte.

Mir ist bekannt, dass das Handeln der/des Bevollmächtigten sofort wirksam ist, wenn sie/er im Besitz der Vollmachtsurkunde ist. Die Einhaltung der im Innenverhältnis erteilten Weisungen ist vom Geschäftspartner nicht zu prüfen. Ich habe das Vertrauen zu meinen Bevollmächtigten, dass sie sich an diese Vorgaben halten. Die Bevollmächtigten wissen, dass sie sich bei Vollmachtsmissbrauch gegebenenfalls strafbar machen.

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers zur Vorsorgevollmacht (I) zu den Punkten 1, 2, 3 und 4.

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

II. BETREUUNGSVERFÜGUNG VON:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Soweit trotz der vorstehenden Vollmachtserteilung eine gesetzliche Vertretung erforderlich werden sollte, bitte ich das Amtsgericht – Betreuungsgericht – folgende Person als Betreuerin/Betreuer zu bestellen:

☐ meine Vorsorgebevollmächtigte / meinen Vorsorgebevollmächtigten

☐ _____

☐ _____

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon)

Sofern Sie dies für erforderlich halten, können Sie auch verfügen, dass bestimmte Personen nicht zur Betreuerin / zum Betreuer bestellt werden sollen.

Folgende Personen sollen auf keinen Fall als Betreuerin / Betreuer bestellt werden:

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers zur Betreuungsverfügung (II)

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

III. Zeuginnen/Zeugen

Die Unterschrift von Zeuginnen/Zeugen ist für die Wirksamkeit der Vollmachten bzw. der Verfügung nicht erforderlich, aber zu empfehlen, um die Beweiskraft zu erhöhen. Eine Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit kann z. B. durch einen Arzt erfolgen.

Die Zeugin / Der Zeuge erklärt:

Ich habe mich davon überzeugt, dass die/der Verfügende bei der Abfassung/Besprechung dieser Erklärungen (I und II) frei in ihrer/seiner Entscheidung und bei klarem Verstand war.

Ort, Datum

Unterschrift der Zeugin/des Zeugen

Zur Identifikation lag ein Ausweisdokument vor, z. B. Personalausweis der Verfügenden / des Verfügenden.

Personalausweisnummer der/des Verfügenden

Unterschrift der Zeugin / des Zeugen

WICHTIGES FÜR DEN TODESFALL

I. BENACHRICHTIGUNGEN/BESTATTUNG/DOKUMENTE

1. Für den Fall meines Todes habe ich eine Vollmacht erteilt an:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

2. Folgender Bestatter soll benachrichtigt werden:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

3. Diese Verabredungen habe ich vorab mit dem Bestattungsinstitut getroffen. So möchte ich beerdigt werden:

Art der Bestattung: _____

Ort der Beisetzung: _____

Lieder für die Trauerfeier: _____

4. Es soll eine Traueranzeige geschaltet werden in: _____

Statt um Blumen soll darin um Geldspenden an _____ gebeten werden.

5. Aufbewahrungsort von Personalausweis/Reisepass:

6. Aufbewahrungsort wichtiger Dokumente (Familienstammbuch, Geburtsurkunde etc.):

7. Bitte diese Angehörigen und Freunde verständigen (ggf. eine Auflistung beifügen):

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsgrad (z. B. Bruder): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsgrad (z. B. Bruder): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

8. Meine Nachbarn:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

9. Meine Bekannten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

II. VERSORGUNGSAMT/ARBEITGEBER/WOHNUNG

**1. Von meinem Tod müssen dringend informiert werden
(z. B. Arbeitgeber, Versorgungsamt, Vermieter):**

WER/WELCHE INSTITUTION:

Name, Vorname: _____

Anschrift : _____

Telefon: _____

WER/WELCHE INSTITUTION:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

2. Name, Anschrift und Telefon meines Vermieters lauten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Die Miete beträgt monatlich _____ €.

Sie geht per Dauerauftrag ab vom Konto: _____

Bank: _____

Folgende Person hat/Personen haben einen Wohnungsschlüssel:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Hier bitte abtrennen.

III. VERSICHERUNGEN/KASSEN

1. Diese Kassen und Versicherungsgesellschaften (z. B. Kranken- und Sterbekasse, Lebens-, Unfall- und Rentenversicherung) sind sofort über meinen Tod zu informieren (per Einschreiben bzw. telegrafisch bei Unfalltod):

Institut mit Anschrift

Aufbewahrungsort und Nr. der Police (muss mit der Sterbeurkunde eingereicht werden)

Institut mit Anschrift

Aufbewahrungsort und Nr. der Police (muss mit der Sterbeurkunde eingereicht werden)

2. Diese Versicherungen kündigen (z. B. Haftpflicht-, Kranken-, Pflege- und Kfz-Versicherung):

Versicherungsunternehmen und Anschrift

Nr. der Police

Versicherungsunternehmen und Anschrift

Nr. der Police

3. Diese Versicherungen umschreiben und weiterlaufen lassen (z. B. Haftpflicht-, Hausrat- und Gebäudeversicherung):

Versicherungsunternehmen und Anschrift

Nr. der Police

Versicherungsunternehmen und Anschrift

Nr. der Police

IV. FINANZEN/BESITZ

1. Meine Girokonten, Tagesgeldkonten und Sparbücher:

Konto-Art und Konto-Nr.

Kreditinstitut und ggf. Sachbearbeiter

Über eine Konto-Vollmacht verfügt

Konto-Art und Konto-Nr:

Kreditinstitut und ggf. Sachbearbeiter

Über eine Konto-Vollmacht verfügt

Konto-Art und Konto-Nr:

Kreditinstitut und ggf. Sachbearbeiter

Über eine Konto-Vollmacht verfügt

2. Diese Einzugsermächtigungen bestehen:

Kontoverbindung

Betrag

Ermächtigter (z. B. Vermieter, Zeitungsverlag, Telefongesellschaft)

Erteilt für (z. B. Abo Tageszeitung, Telefonrechnung)

Kontoverbindung

Betrag

Ermächtigter (z. B. Vermieter, Zeitungsverlag, Telefongesellschaft)

Erteilt für (z. B. Abo Tageszeitung, Telefonrechnung)

Kontoverbindung

Betrag

Ermächtigter (z. B. Vermieter, Zeitungsverlag, Telefongesellschaft)

Erteilt für (z. B. Abo Tageszeitung, Telefonrechnung)

Hier bitte abtrennen.

3. Folgende Daueraufträge sind eingerichtet:

Kontoverbindung

Empfänger (z. B. Stadtwerke)

Ausführungstermin

Betrag

Kontoverbindung

Empfänger (z. B. Stadtwerke)

Ausführungstermin

Betrag

4. An folgenden Unternehmen halte ich Aktien/Anteile:

Firma/Genossenschaft

Handelsregister-Nr.

Aufbewahrungsort der Unterlagen/Depot

5. Diese Sparbriefe/Bauspar-/Investmentverträge/Wertpapierdepots/Safes/Bankschließfächer habe ich (Informationen zu jedem vorhandenen Posten auflisten):

Konto-/Kunden-/Vertrags-/Safe-Nr. (und Kennwort)

Bei Kreditinstitut / Fondsgesellschaft

Eine Vollmacht habe ich erteilt an

Aufbewahrungsort der Unterlagen

Höhe des Guthabens/geschätzter Wert des Depots

Konto /Kunden-/Vertrags-/Safe-Nr. (und Kennwort)

Bei Kreditinstitut/Fondsgesellschaft

Eine Vollmacht habe ich erteilt an

Aufbewahrungsort der Unterlagen

Höhe des Guthabens/geschätzter Wert des Depots

6. Ich besitze folgende Grundstücke, Wohnungen und Häuser:

Adresse und Telefon der Hausverwaltung

Aufbewahrungsort der Unterlagen

Adresse und Telefon der Hausverwaltung

Aufbewahrungsort der Unterlagen

7. Folgende Kredite/Darlehen laufen:

Kreditinstitut

Konto-/Kunden-Nr.

Aufbewahrungsort der Unterlagen

Kredithöhe

8. Folgende Verpflichtungen habe ich (z. B. Ratenzahlungen, Leasing-Vertrag):

Betrag

Für was und an wen

Zahlungsweise (z. B. monatlich)

V. TESTAMENT/ERBVERTRAG

1. Mein eigenhändiges Testament befindet sich:

Es muss dem Amtsgericht (Nachlassgericht) übergeben werden.

Oder: Mein öffentliches Testament ist unter der Nr.

beim Amtsgericht hinterlegt.

2. Als Testamentsvollstrecker habe ich bestimmt:

Name, Anschrift

Telefon

3. Ein Erbvertrag ist hinterlegt bei/befindet sich:

Inhalt

Name, Anschrift, Telefon der/des Begünstigten

Aufbewahrungsort

VI. SONSTIGES/ANLAGEN

1. Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden und Parteien:

Name und Adresse

Meine Mitglieds-Nr.

Name und Adresse

Meine Mitglieds-Nr.

2. Verträge, Korrespondenz (z. B. Versicherungen, Strom, Rundfunk, Telefon) und Steuerunterlagen bewahre ich hier auf:

3. Folgende Abonnements abbestellen:

Zeitschrift/Zeitung/Lesezirkel/Fahrkarten

Kunden-Nr.

Zeitschrift/Zeitung/Lesezirkel/Fahrkarten

Kunden-Nr.

Zeitschrift/Zeitung/Lesezirkel/Fahrkarten

Kunden-Nr.

Folgende Anlagen füge ich dieser Liste bei:

NOTIZEN