

Patientenverfügung

Meine persönliche Patientenverfügung

Name _____ Vorname _____

geboren am _____ in _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon _____ Personalausweisnummer _____

(Personalausweis lag zur Identifikation der/des Verfügenden vor)

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. Ja Nein

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

■ **Meine Einstellung zum Leben und zum Sterben**

Was denke ich über mein Leben? Was ist mir besonders wichtig?

Was denke ich über das Sterben? Was macht mir Angst? Was hilft mir?

■ **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, Schlaganfall, Hirnblutung oder eine Entzündung ebenso wie indirekte Gehirnschädigung, zum Beispiel 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 (siehe 1. a) getan wird.

Ja Nein _____

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 (siehe 1. a).

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. a) bis 1. d) 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.

Nein Ja

Hier bitte abtrennen.

Sollte ich mich bei 1. a) bis 1. d) 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 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 bin ich in der letzten Lebensphase grundsätzlich mit einer dauerhaften Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln (Palliativer Sedierung) einverstanden. 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 berechnete 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

■ **Entscheidungsfindung**

In vielen Lebenslagen ist die Prognose nicht eindeutig. Wenn es unklar sein sollte, ob mein hier verfügbarer Wille in der konkreten Situation greift, wünsche ich die Durchführung eines Ethikrats*. 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 , mein(e) Bevollmächtigte(r) ist (Name, Tel., Anschrift): _____

3. Ich wünsche, dass ein(e) Pastor(in), ein Priester oder Vertreter meiner Religion gerufen wird, um mir Beistand zu geben. Ja Nein

Meine Religionszugehörigkeit: _____

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 durchgeführt werden. Ja Nein

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**

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

Ich bestätige, dass Frau/Herr _____ diese Verfügung nach ausführlicher Beratung durch mich und nach sorgfältiger Prüfung festgelegt hat und dass ich keine Zweifel an ihrer/seiner Entscheidungsfähigkeit habe.

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

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

■ **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.

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 der/die jeweils Bevollmächtigte das Original der Vollmacht auf Anfrage vorlegen kann.

Die Vorsorgevollmacht ist in fünf Unterpunkte gegliedert:

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten
2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten
3. Wirkung der Vollmacht
4. Untervollmacht | Befreiung von § 181 BGB | Widerruf
5. Regelungen im Innenverhältnis

II. Betreuungsverfügung

III. Zeugen

I. Vorsorgevollmacht von:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Personalausweisnummer: _____

(Personalausweis lag zur Identifikation der/des Verfügenden vor)

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten

Mein(e) Bevollmächtigte(r) ist zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten uneingeschränkt befugt. Ich bevollmächtige folgende Person als mein(e) Vertreter(in):

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Hier bitte abtrennen.

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

Diese Vollmacht umfasst insbesondere die Befugnisse gem. §§ 1904, 1906, 1906a BGB, soweit notwendig mit Genehmigung des Betreuungsgerichtes

(Nachfolgend Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen.)

- zur Entscheidung in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge und zu allen Einzelheiten einer ambulanten und/oder stationären Pflege.
- 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 meinem Vertreter/meiner Vertreterin von der Schweigepflicht.
- 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.
- zur Entscheidung über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung oder 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.
- 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.
- zur Bestimmung über meinen Aufenthalt, gegebenenfalls auch über den Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim.

Der/Die 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.

Bevollmächtigte(r) für persönliche Angelegenheiten

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

Sobald der/die Verfasser(in) infolge 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 sein(e)/ihr(e) rechtsgeschäftliche(r) Vertreter(in) für ihn/sie und an seiner/ihrer Stelle zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit aufgeben oder ruhen lassen kann.

Ort und Datum Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Hier bitte abtrennen.

Weitere Bevollmächtigte für persönliche Angelegenheiten (in folgender Reihenfolge):

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

2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten

Mein(e) Bevollmächtigte(r) 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.
- 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.
 - 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 des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin prüfen konnten oder die Vollmacht in notarieller Form erstellt wurde.
- Bei Immobiliengeschäften und Handelsgewerben ist die notarielle Form der Vollmacht erforderlich. Insbesondere dazu sollten Sie sich gesondert beraten lassen.

3. Wirkung der Vollmacht

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

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

Hier bitte abtrennen.

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 Betreuer(in) zu bestellen:

- meine(n) Vorsorgebevollmächtigte(n)
- _____
- _____
(Name, Vorname, Anschrift, Telefon)

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

Folgende Personen sollen auf keinen Fall als Betreuer(in) bestellt werden:

Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin zur Betreuungsverfügung (II)

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

III. Zeugen

Die Unterschrift von 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.

Der Zeuge/die Zeugin erklärt:

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

Ort und Datum

Unterschrift des Zeugen/der Zeugin

Ort und Datum

Unterschrift des Zeugen/der Zeugin

Hier bitte abtrennen.

Erstellt vom Klinischen Ethikkomitee des EvKB ■ Auflage August 2019

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: _____

Hier bitte abtrennen.

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

Hier bitte abtrennen.

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

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

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

Kontoverbindung

Betrag

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

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

Kontoverbindung

Betrag

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

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

Hier bitte abtrennen.

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

Hier bitte abtrennen.

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:

Hier bitte abtrennen.

NOTIZEN

Hier bitte abtrennen.

NOTIZEN

Hier bitte abtrennen.

NOTIZEN

Hier bitte abtrennen.