

# 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. 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

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 die Durchführung eines Ethikkonsils\*. Ja  Nein

\* siehe Erklärungsheft S. 10

## ■ 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

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 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 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 berechtigte Hoffnung besteht, dass ich nach überstandener Bedrohung ein Leben führen kann, das ich für mich bejahen kann wünsche ich die Anwendung lebenserhaltender und intensiv-medizinischer 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 , 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: \_\_\_\_\_

## ■ 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

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

\_\_\_\_\_  
Personalausweisnummer des/der Verfügenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zeugen/der Zeugin

- **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 immer dann die Verfügung erneuert werden, wenn Sie etwas geändert haben. Sonst empfiehlt sich eine Aktualisierung durch erneute Unterschrift im Zweijahresrhythmus.

## 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 drei 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: \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_

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 (ab 01.01.2023: §§ 1829, 1831, 1832 BGB)

– 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

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.

Weitere Bevollmächtigte für Vermögensangelegenheiten (in folgender Reihenfolge)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon des/der Bevollmächtigten)

### Bevollmächtigte(r) in Vermögensangelegenheiten

Die Unterschrift der/des 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 Vollmachtgeber(in) infolge von Krankheit oder Behinderung seine/ihre eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann, bin ich ohne rechtliche Verpflichtung bereit, im oben bezeichneten 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

### 4. Untervollmacht | Befreiung von § 181 BGB | Widerruf

- a) Der/die Bevollmächtigte kann, soweit rechtlich zulässig, Untervollmachten erteilen und dabei diese Vollmacht 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 der/die Bevollmächtigte in den Vermögensangelegenheiten befreit, so dass er/sie befugt ist, Rechtsgeschäfte im Namen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin mit sich selbst oder als Vertreter/in eines Dritten vorzunehmen:

Ja

Nein

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

## 5. Regelungen im Innenverhältnis gegenüber dem Bevollmächtigten

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

Der/die 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 der/die Bevollmächtigte stirbt oder aus anderen Gründen die ihm/ihr erteilte Vollmacht ganz oder zeitweise nicht ausüben kann oder nicht ausüben möchte.

Mir ist bekannt, dass das Handeln des/der Bevollmächtigten sofort wirksam ist, wenn er/sie 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 des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin zur Vorsorgevollmacht (I) zu den Punkten 1., 2., 3. und 4.

---

Ort und Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

## 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 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**

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

\_\_\_\_\_  
**Personalausweisnummer des/der Verfügenden                      Unterschrift des Zeugen/der Zeugin**

# 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.

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.

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.

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