Landkreis Konstanz

Kreisseniorenrat

VORSORGEMAPPE

Sicherheit und Selbstbestimmung bei Krankheit und Behinderung



Inklusive:
Patientenverfügung

Inhalt

Grußwort Landrat und Kreisseniorenrat 1

Wichtige Daten
Persönliche Daten, Wichtige Rufnummern 2
Schlüssel, Wohnung, Im Notfall zu benachrichtigende Personen 3

Gesundheit
Hausarzt, Krankheiten, Medikamente, Allergien, Krankenversicherung 4

Vorsorgeregelungen
Versicherungen, Bank-/Steuerunterlagen, Vorsorgeverfügungen 5

Nachlassregelungen
Testament, Bestattungsvorgaben 6

Was ist nach einem Todesfall zu tun? . . . . . 7 - 8

Formularvordrucke
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung . . . . . 9 - 18

Informationen zur Vorsorgevollmacht . . . . . 19 - 20

Informationen zur Patientenverfügung . . . . . 21 - 22

Informationen zur Betreuungsverfügung 23

Betreuungsvereine. 24

Organspendeausweis / Notfallkarte U3

Die Formularvordrucke finden Sie in der Mitte des Heftes zwischen den Blättern 9 und 18.
Sie können die Formulare herausnehmen und direkt ausfüllen oder als Kopiervorlagen benutzen.

Impressum

Herausgeber:

Kreisseniorenrat Konstanz und Landratsamt Konstanz
Benediktinerplatz 1 | 78467 Konstanz
Telefon: 07531/800-1787
E-Mail: ksr@landkreis-konstanz.de

Satz und Druck:

Eigenart e.K. | Rolf Schneider
Bisinger Berg 1 | 72415 Grosselfingen
Telefon 0 74 36/9 44 49-0
E-Mail: info@eigenart.de
Internet: www.eigenart.de

Redaktion:

Kreisseniorenrat:
Dr. Michael Hess, Peter Kirchhoff, Roland Scheffold, Gabriele Glocker, Dr. Xaver Müller, Barbara Hanke-Hassel, Dr. Bernd Eberwein

Landratsamt:
Axel Goßner (Sozialdezernent bis 31.12.2018)
Markus Jungk (Betreuungsbehörde)

Bildquellenhinweis:

Titelseite und Seiten U1, 9, 13, 19 und 23:
Fotolia.com

6. Auflage (unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des BGH und der Datenschutzgrundverordnung) Stand Januar 2019

Die von uns gegebenen Hinweise und Textmuster wurden nach bestem Wissen erstellt bzw. wiedergegeben. Eine rechtsverbindliche Beratung durch Fachkräfte können sie nicht ersetzen. Der SKM Konstanz war eine wichtige Hilfe bei der Patientenverfügung. Eine Haftung für materielle oder ideelle Schäden auf Grund der gegebenen Informationen oder vorgeschlagenen Formulierungen ist ausgeschlossen.

Landkreis Konstanz Kreisseniorenrat

Grußwort des Landrats und des Kreisseniorenrats

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Bürgerinnen und Bürger,

ob Jung oder Alt, jeden von uns kann es jeden Tag treffen: Ein schwerer Unfall, eine plötzliche Krankheit - andere müssen helfend einspringen. Hinzu kommt für alle: Der Preis dafür, alt werden zu dürfen, ist häufig eine schwere körperliche oder geistige Beeinträchtigung.

Vielen Betroffenen mangelt es an Entscheidungsfähigkeit. Sie können jederzeit in eine Situation kommen, in der sie die Hilfe anderer benötigen, um ihre Angelegenheiten zu regeln. Bevollmächtigte oder gesetzliche Betreuer müssen dann anstelle des Betroffenen wichtige Entscheidungen treffen.

Sorgen Sie vor, dass Ihr Wille auch dann beachtet wird, wenn Sie infolge eines Unfalls, einer Erkrankung oder einer Behinderung zu einer Willensbildung vorübergehend oder andauernd nicht in der Lage sein sollten. Sie können mit der vorliegenden Vorsorgemappe wichtige Informationen weitergeben, damit Ihnen bei Bedarf schnell und sachgerecht nach Ihren Vorstellungen geholfen wird.

Nehmen Sie sich die Zeit zu überlegen, was für Sie wichtig ist, um die entsprechenden Daten auf den folgenden Blättern einzutragen. Sie bestimmen dadurch, was in einem Notfall geschehen soll. Die Blätter dieser Mappe können Sie nach Bedarf ergänzen und korrigieren. Ebenso haben Sie die Möglichkeit, weitere Blätter, Formulare und Urkunden, die für Sie wichtig sind, einzulegen oder den Aufbewahrungsort wichtiger Papiere zu vermerken. Die in dieser Broschüre aufgeführten Textalternativen zum Ankreuzen sind Vorschläge, die für viele Fälle geeignet sind. Spezifische Vorsorgeverfügungen sollten jedoch individuell formuliert werden (am besten handschriftlich), ggfs. zusammen mit einem Notar.

Gut vorgesorgt haben Sie, wenn Sie eine Vorsorgevollmacht, die in der Regel die gesetzliche Betreuung ersetzt, und eine Patientenverfügung haben. Die beigefügten Texte sind als Beispiele gedacht. Weitere Texte finden Sie im Internet (z. B. beim Bundesministerium der Justiz, bei der Christlichen Patientenverfügung oder unter www.freiburger-patientenverfuegung.de).

Wichtig: Schieben Sie die Abfassung einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung nicht auf, sondern fangen Sie jetzt bei guter Gesundheit an. Informieren Sie Ihre Angehörigen und/oder Ihre Vertrauensperson(en) darüber, wo Sie die Vorsorgemappe aufbewahren, damit diese Zugriff darauf haben.

Sprechen Sie über solche Vorsorgemaßnahmen mit Ihren Angehörigen, Freunden, Nachbarn und Bekannten. Machen Sie auf diese Vorsorgemöglichkeit aufmerksam.

Die Vorsorgemappe ist im Büro des Kreisseniorenrats im Landratsamt Konstanz erhältlich und steht im Internet unter www.kreisseniorenrat-konstanz.de zum Download zur Verfügung.

Informationen und Beratung zur Vorsorgevollmacht erhalten Sie auch bei der
Betreuungsbehörde des Landratsamtes Scheffelstr. 15, 78315 Radolfzell, Tel. 0 75 31 / 800-26 63 und 26 64 sowie bei Betreuungsvereinen, Anwälten, Notaren oder Amts-/Betreuungsgerichten.

Mit dieser Vorsorgemappe möchten wir Sie ermuntern, für den Fall der eigenen Hilfsbedürftigkeit rechtzeitig vorzusorgen und zu bestimmen, wer Ihre Interessen im Ernstfall vertreten soll. Sie soll auch zum sozialen Engagement anderen Menschen gegenüber anregen.

Frank Hämmerle
Landrat

Dr. Bernd Eberwein
Vorsitzender des Kreisseniorenrates

Wichtige Daten

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Vorname:

Geburtsname:

Anschrift:

Staatsangeh.: Pass/Ausweis-Nr.:

Familienstand: Konfession:

Telefon: Mobil-Nr.:

E-Mail:

Behindertenausweis: ☐ ja ☐ nein ➜ Aufbewahrungsort:

Organspendeausweis: ☐ ja ☐ nein ➜ Aufbewahrungsort:

Blutgruppe:

Arbeitgeber:

WICHTIGE RUFNUMMERN

Örtliches Polizeirevier/Polizeiposten:

Polizei-Notruf: 110

Feuerwehr: 112

Ärztliche Notrufnummer: 116 117

Hausarzt:

Apotheke:

Sozialstation:

Pfarramt:

Stadt-/Gemeindeverwaltung:

Wichtige Angehörige/Bezugspersonen:

Vertraute/r Nachbar/in:

Bevollmächtigte(r):

Wichtige Daten

SCHLÜSSEL

☐ Hausschlüssel ☐ Wohnungsschlüssel ☐ _____

Die angekreuzten Schlüssel sind hinterlegt bei:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

☐ Der/die Schlüsselträger/in ist berechtigt, meine Wohnung zu betreten.

ICH WOHNE

☐ in meiner eigenen Wohnung/meinem eigenen Haus.

☐ in einer Mietwohnung.

Der Vermieter ist:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

IM NOTFALL bitte benachrichtigen

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

oder

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

➜ Weitere Angehörige oder Freunde, die im Falle einer ernsthaften Erkrankung oder eines Unfalls benachrichtigt werden sollen, sind auf dem folgenden Beiblatt notiert.

Gesundheit

MEIN HAUSARZT IST

Name:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

➜ **Fachärzte**, bei denen ich in regelmäßiger Behandlung bin, sind auf einem Beiblatt notiert.

☐ Ich habe folgende wesentliche chronische Krankheiten:

☐ Ich nehme **regelmäßig lebensnotwendige MEDIKAMENTE** ein:
(z. B. zur Blutverdünnung (z. B. Marcumar, ASS 100), Insulin, Asthmamittel, Schilddrüsenpräparate, Nitrospray).
Falls ein aktueller Medikamentenplan vorliegt, bitte hier beilegen.

Name des Medikamentes	Dosierung	Einnahmezeit

☐ Ich bin von der Rezeptzuzahlung befreit: ☐ ja ☐ nein ☐ privat versichert

Ich leide unter folgenden Allergien/Unverträglichkeiten von Medikamenten:

➜ Aufbewahrungsort des **Allergiepasses**:

KRANKENVERSICHERUNG

☐ gesetzlich ☐ privat

Name der Kasse:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

Karten- und Versicherungsnummer:

Aufbewahrungsort der Vers.-Karte:

☐ Ich bin von Zuzahlungen befreit: ☐ ja ☐ nein

➜ Weitere Kranken(zusatz)versicherungen, Beihilfestellen etc. sind auf dem Beiblatt notiert.

Vorsorgeregelungen

SONSTIGE VERSICHERUNGEN

➜ Aufbewahrungsort meiner Renten-/Pensionsunterlagen und der folgenden angekreuzten Versicherungen:

☐ Feuer-/Gebäude-Vers. ☐ Glas-Vers. ☐ Hausrat-Vers.
☐ KFZ-Vers. ☐ Kranken-Vers. ☐ Lebens-Vers.
☐ Privathaftpflicht-Vers. ☐ Sterbegeld-Vers. ☐ Unfall-Vers.
☐ ☐ ☐

BANKUNTERLAGEN / STEUERUNTERLAGEN

➜ Aufbewahrungsort meiner Bankunterlagen/Steuerunterlagen:

VORSORGEVERFÜGUNGEN

Ich habe die folgend angekreuzten Vorsorgeverfügungen getroffen:

☐ **Bankvollmacht**

an:
Anschrift:
Telefon: E-Mail:
➜ Aufbewahrungsort:

☐ **Vorsorgevollmacht** (Hinweise zur Abfassung finden Sie auf Blatt 9, grünes Formular in der Heftmitte)

an:
Anschrift:
Telefon: E-Mail:
➜ Aufbewahrungsort:

☐ **Patientenverfügung** (Hinweise zur Abfassung finden Sie auf Blatt 13, rotes Formular in der Heftmitte)

➜ Aufbewahrungsort:

☐ **Registrierung**
Meine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung ist/sind im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registriert.

☐ **Computerpasswörter**
Die Passwörter für meinen Computer habe ich in einem verschlossenen Umschlag hinterlegt. Den Aufbewahrungsort kennt:

Nachlassregelungen

Ich habe meine Nachlassverfügung wie folgt getroffen:

- ☐ handschriftliches Testaments
- ☐ notarielles Testament
- ☐ Erbvertrag

Name und Anschrift des Notars, bei dem Testament oder Erbvertrag erstellt wurden:

Kenntnis vom Bestehen meiner Nachlassverfügung hat:

Name:

Anschrift:

➜ Aufbewahrungsort:

BESTATTUNGSVORGABEN UND -WÜNSCHE

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen: ☐ ja ☐ nein

➜ Aufbewahrungsort:

Bestattungsinstitut:

Name:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

Ich wünsche folgende Art der Bestattung:

- ☐ Erdbestattung ☐ Feuerbestattung ☐ Anonyme Bestattung
- ☐ Baumbestattung in einem Friedwald / Ruhewald ☐

☐ Eine Grabstätte ist vorhanden

Friedhof: Grabnummer:

- ☐ Ich wünsche eine Bestattung auf folgendem Friedhof:
- ☐ Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner engsten Angehörigen.
- ☐ Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und engsten Freunde.
- ☐ Ich wünsche eine normal übliche Bestattung.
- ☐ Ich wünsche

➜ Alle Verwandten, Freunde und Bekannten, die eine Anzeige erhalten sollen, sind auf einem Beiblatt aufgeführt.

Was ist nach einem Todesfall zu tun?

BESTATTUNG	Telefon/Notizen	erl.
Todesbescheinigung vom Arzt oder Krankenhaus		
Bestattungsunternehmer beauftragen		
Beerdigungstermin festlegen		
Kirchengemeinde verständigen		
Standesamt (Sterbeurkunde mehrfach beantragen)		
Traueranzeigen in Zeitung(en) in Auftrag geben		
Trauerkarten bestellen und versenden		
BEHÖRDEN		
Arbeitgeber informieren		
Krankenkasse(n) informieren		
Rentenversicherung/Pensionsstelle informieren		
Finanzamt verständigen		
Testament eröffnen lassen, Erbschein beantragen		
VERSICHERUNGEN		
Lebens-/Sterbegeldversicherung informieren		
Gewerkschaft informieren (Sterbegeldversicherung?)		
Versicherungen kündigen		
GELDANGELEGENHEITEN		
Bank(en) informieren		
ggf. Daueraufträge aussetzen lassen		
MITGLIEDSCHAFTEN		
Vereinsmitgliedschaften kündigen	1.	
	2.	
	3.	
Parteimitgliedschaft kündigen		

WOHNUNG

Mietwohnung, Garage u.a. kündigen		
Radio/TV abmelden bzw. umschreiben		
Telefon/Handy abmelden bzw. umschreiben		
Abonnements (Zeitungen/Zeitschriften) kündigen		
Wohnungsauflösung vorbereiten (evtl. entrümpeln)		
Schlussablesungen Strom, Gas, Wasser, Heizung		

➜ Aufbewahrungsort der Unterlagen:

SONSTIGES

Kraftfahrzeug abmelden bzw. umschreiben		



Vorsorgevollmacht



Ich, der / die VOLLMACHTGEBER / IN

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:			

erteile hiermit VOLLMACHT an

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
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.

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), entscheiden. ☐ ja ☐ nein

... _____

... _____

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
- _____

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:
-
-

Hinweise:

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“ des Bundesministeriums der Justiz).
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.

5. POST UND FERNMELDEVERKEHR

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und 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 (z. B. über die richtige Versorgung von Haustieren)

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers:

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers:

Patientenverfügung



Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:			

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine persönlichen Angelegenheiten selbst zu regeln, treffe ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte folgende Verfügungen:

Wenn aufgrund eines schwersten körperlichen Leidens, Dauerbewusstlosigkeit oder fortschreitendem geistigem Verfall keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines erträglichen und Umwelt bezogenen Lebens besteht, wünsche ich, dass der natürliche Sterbeprozess akzeptiert wird.

Kommen zwei Ärzte zu der Einschätzung, dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist, oder wenn infolge einer Gehirnschädigung (z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Schock, Lungenversagen) oder eines fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankungen) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist,

➜ weiter auf Seite 14

☐ sollen bei mir keine lebensverlängernden und -erhaltenden Maßnahmen z. B.

- ☐ Wiederbelebung
- ☐ Beatmung
- ☐ Dialyse
- ☐ Bluttransfusion
- ☐ Medikamentengabe

vorgenommen werden. Sollten solche Maßnahmen bereits begonnen worden sein, sollen diese abgebrochen werden.

☐ wünsche ich keine Ernährung durch Magensonde, PEG oder Magenfistel. Hunger und Durst sollen lediglich auf natürlich Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Die künstliche Flüssigkeitszufuhr (intravenös) soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.

☐ wünsche ich keine Behandlung von Begleiterkrankungen (z. B. Antibiotikagabe bei Lungen- oder Blasenentzündung oder fieberhaften Begleitinfekten). Eine bereits bestehende Behandlung von Begleiterkrankungen soll dann abgebrochen werden.

☐ erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, Behandlung und Pflege sollen in diesem Fall auf Linderung von Schmerzen, Unruhe, Angst und Atemnot gerichtet sein. Eine damit verbundene Bewusstseinsdämpfung oder Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.

☐ lehne ich eine Dialyse, sowie den Empfang von fremdem Gewebe und Organen ab. Die Gabe von Blut und Blutersatzstoffen wünsche ich nur zur Beschwerdelinderung.

☐ möchte ich in Würde und Frieden sterben können und bitte dabei um persönlichen Beistand durch:

1.

2.

☐ wünsche ich, dass mein Hausarzt verständigt wird:

bin ich mit Obduktion zur Befunderklärung

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

bin ich mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

☐ einverstanden mit Ausnahme folgender Organe:

Wenn ich der Organentnahme zustimme, so soll diese nach den Regelungen im Transplantationsgesetz und den Richtlinien der Bundesärztekammer erfolgen (Informationen bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

Wenn möglich, möchte ich in meiner vertrauten Umgebung sterben. Ich erwarte den nötigen pflegerischen und ärztlichen Beistand unter Ausschöpfung der angemessenen palliativen Möglichkeiten.

- ☐ Ich akzeptiere hospizlichen Beistand ebenso wie die Unterbringung in einem Hospiz.
- ☐ Eine Verlegung in ein Krankenhaus lehne ich jedoch ab, sofern diese nicht zwingend erforderlich ist.

Mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Vertrauensperson ist:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:			

Er/Sie soll im Falle des Eintretens einer oben beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation umfassend informiert werden und meinem Willen Ausdruck und Geltung verschaffen. Zur Durchsetzung meines Willens ist er/sie ggf. berechtigt, über meinen Aufenthalt zu bestimmen und über einen Arztwechsel zu entscheiden.

Bis zum Widerruf der Patientenverfügung soll mir in konkreten Anwendungssituationen keine Willensänderung unterstellt werden. Treffen die Festlegungen in meiner Patientenverfügung nicht konkret auf eine eintretende Lebens- oder Behandlungssituation zu, sollen die Beteiligten nach meinem mutmaßlichen Willen, unter Einbeziehung meiner formulierten Wünsche, entscheiden. Die letzte Entscheidung über die Anwendung oder das Unterlassen von ärztlichen Maßnahmen sollte durch meine o.g. Vertrauensperson getroffen werden.

Ort, Datum, Unterschrift:

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr:
die Patientenverfügung mit mir besprochen und im Vollbesitz der geistigen Kräfte verfasst hat:

Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigter/Vertrauensperson:

Ort, Datum, Unterschrift Arzt:

Ort, Datum, Unterschrift Sonstige:

AKTUALISIERUNGEN

Wir empfehlen, die Patientenverfügung ca. alle 2 Jahre durch das Einsetzen des aktuellen Datums und mit Ihrer Unterschrift versehen zu aktualisieren, damit sie stets auf dem laufenden Stand ist.

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

Betreuungsverfügung

Ich, der / die VOLLMACHTGEBER / IN

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:			

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, folgendes fest:

- Zu meinem Betreuer / meiner Betreuerin soll bestellt werden:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:			

- Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:			

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

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:			

- Meine Wünsche zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer / die Betreuerin habe ich auf nachfolgender Seite dieser Vollmacht niedergelegt.

Ort, Datum, Unterschrift:

- Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche (Wenn Sie hier Wünsche notieren, denken Sie bitte daran, dieses Blatt noch einmal zu unterschreiben.):

Ort, Datum, Unterschrift:

Informationen zur Vorsorgevollmacht

In jedem Alter kann es vorkommen, dass Sie durch einen Unfall, eine Erkrankung, durch einen Schlaganfall oder Demenz nicht mehr in der Lage sind, selbst Entscheidungen zu treffen, diese auszuführen oder verständlich zu äußern.

Mit einer Vorsorgevollmacht sorgen Sie für eine solche Situation vor, indem Sie festlegen, wer in solch einem Fall für Sie tätig werden oder Entscheidungen treffen darf, indem Sie eine oder mehrere Personen als Bevollmächtigte benennen.

Eine Vorsorgevollmacht kann in den meisten Fällen eine gesetzliche Betreuung ersetzen und somit die Bestellung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht überflüssig machen. Den Vordruck einer Vorsorgevollmacht finden Sie in der Mitte des Heftes.

- Sie sollten sich vor Abfassung mit Familienangehörigen und Vertrauenspersonen beraten.

- Weder Ihr Ehe-/Lebenspartner noch Ihre Kinder oder andere Verwandte können Sie ohne Vollmacht wirksam vertreten. Nach gültigem Recht können Angehörige für einen Volljährigen nur dann rechtswirksam handeln, wenn Sie entweder im Besitz einer rechtsverbindlichen Vollmacht sind oder vom Betreuungsgericht als Betreuer eingesetzt worden sind.

- Füllen Sie das Formular nach Möglichkeit im Beisein der von Ihnen ausgesuchten Person(en) aus, damit Sie mit der/dem Bevollmächtigten einzelne Punkte besprechen und Unklarheiten beseitigen können.

- Sie können den Vordruck in dieser Mappe auch als Vorlage für einen eigenen hand- oder maschinenschriftlichen Schriftsatz verwenden.



- Sie können auch mehrere Personen bevollmächtigen. Kopieren Sie den Vordruck und füllen Sie für jede Person ein gesondertes Exemplar aus. Von einer gemeinsamen Vollmacht für zwei Personen ist abzuraten, da diese dann nur gemeinsam handeln können.

- Wenn Sie bei Erteilung der Vollmacht bestimmte Aufgabenfelder (die einzelnen Aufgabenfelder sind im Vordruck benannt) ausnehmen wollen, streichen Sie die entsprechenden Passagen.

- Wenn Sie die Aufgabenfelder auf mehrere Personen aufteilen wollen, kopieren Sie den Vordruck und füllen Sie für jede Person ein gesondertes Exemplar aus, die jeweils nicht zutreffenden Passagen streichen Sie.

- Sie können sich von der Betreuungsbehörde des Landratsamtes, Scheffelstr. 15, 78315 Radolfzell, Tel. 07531/800-2663 und 2664 und den anerkannten Betreuungsvereinen im Landkreis (z.B. AWO, Betreuungsverein Hegau-Bodensee, Caritas, Sozialdienst katholischer Frauen [SKF], Katholischer Verein für soziale Dienste [SKM]) in allen Fragen der Vorsorgevollmacht informieren und beraten lassen.

- Sie können die Vollmacht von der Betreuungsbehörde (bitte telefonisch einen Termin vereinbaren) oder einem Notar beglaubigen lassen (in diesem Falle bitte erst bei der Beglaubigung unterschreiben). So stellen Sie sicher, dass Ihre Vollmacht immer anerkannt wird.

- Wichtig: Banken erkennen oft nur eine notariell beglaubigte Vollmacht an. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten können Sie aber auch 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 keine Befugnisse eingeräumt, die über den normalen Geschäftsverkehr hinausgehen).

  Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

- Für **Immobiliengeschäfte**, die Aufnahme von **Darlehen** sowie für Ihre Vertretung in **Handel und Gewerbe** genügt eine Vorsorgevollmacht nicht, hierzu ist eine notarielle Vollmacht erforderlich.

- Die Vorsorgevollmacht soll eindeutig und klar beschreiben, was der Bevollmächtigte in welchen Handlungsfeldern rechtswirksam für Sie tun darf.

  Detaillierte Wünsche und Vorgaben, wie er für Sie handeln soll, sollten Sie aus rechtlichen Gründen in einem gesonderten Schriftstück festhalten. Der Bevollmächtigte ist angehalten Ihre Wünsche, soweit es irgend möglich ist, zu berücksichtigen.

  Beispiel: *Die Vollmacht ermächtigt den Bevollmächtigten zum Abschluss eines Vertrages mit einem Pflegeheim, dann gehört die Nennung von Heimen, die Sie bevorzugen oder strikt ablehnen würden, nicht in die Vollmacht. Solche Wünsche sollten Sie in einem gesonderten Schriftstück festhalten.*

- Sollte ein Bevollmächtigter in seiner Tätigkeit Rat oder Unterstützung benötigen, so sieht das Betreuungsrecht vor, dass sich auch Bevollmächtigte von Betreuungsvereinen oder der Betreuungsbehörde beraten lassen und deren Hilfe in Anspruch nehmen können.

- Die dauerhafte Zustimmung zu Maßnahmen mit „freiheitseinschränkender Wirkung“ (z.B. Bettgitter oder Fixierungen mit Gurten) erlaubt eine Vollmacht nicht. Hier ist grundsätzlich ein Antrag an das Betreuungsgericht notwendig, wenn die Dauer der Maßnahmen länger als eine kurze vorübergehende Zeit (1 - 2 Tage) beträgt.

- Die Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden – eine bereits ausgehändigte Vollmacht muss dann zurückverlangt werden.

- Nach neuerer Rechtsprechung erlischt die Vollmacht mit dem Tod, es sei denn, Sie haben festgelegt, dass sie über den Tod hinaus gilt. Dann hat Ihr Bevollmächtigter auch nach Ihrem Tod Vertretungsmacht, um z.B. Ihre Wohnung zu kündigen oder die Bestattung zu regeln. Die Erben können Rechenschaft verlangen und die Vollmacht jederzeit widerrufen.

Ihre Vorsorgevollmacht können Sie (gebührenpflichtig) beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen:
Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister – PF 080151 – 10001 Berlin
Telefonische Beratung: 0800-3550500
www.vorsorgeregister.de

Hierdurch stellen Sie sicher, dass das Betreuungsgericht von Ihrer Verfügung Kenntnis erlangt und auf Grund Ihrer Vollmacht auf die Bestellung eines Betreuers verzichtet oder nur die von Ihnen benannte(n) Person(en) bestellt.

Weitere Informationen zur Vorsorgevollmacht bietet das Bundesministerium für Justiz an – im Internet unter **www.bmj.de**

Informationen zur Patientenverfügung

Seit September 2009 hat die Patientenverfügung eine rechtliche Grundlage; diese wurde vom Bundesgerichtshof mit Urteilen vom 16.07.2016 und vom 08.02.2017 präzisiert.

- In einer Patientenverfügung können Sie festlegen, was medizinisch unternommen werden soll, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden oder sich mitteilen können.
- Jeder, der eine Patientenverfügung erstellt, sollte sich bewusst sein, dass er sich bei der Darstellung eigener Behandlungswünsche mit Fragen auseinandersetzen muss, die sich im Zusammenhang mit Krankheit, Leiden und Tod stellen. Eine Patientenverfügung ist Ausdruck Ihres Selbstbestimmungsrechts bei voller Selbstverantwortung für die Folgen der Umsetzung Ihrer Behandlungswünsche.
- Werden in der Patientenverfügung Festlegungen zum „Ob“ und „Wie“ ärztlicher Behandlungen getroffen, sollte bedacht werden, dass es Grenzsituationen des Lebens gibt, in denen Voraussagen über das Ergebnis oder mögliche Folgeschäden im Einzelfall kaum möglich sind.
- Lassen Sie sich von niemandem zur Abfassung einer Patientenverfügung oder zu bestimmten Formulierungen drängen. Ob, was oder wie Sie etwas festlegen wollen, ist ganz allein Ihr Wille.

Eine Patientenverfügung sollte aber einen überschaubaren Umfang haben, so dass sie im Falle ihres notwendigen Gebrauchs problemlos verstanden und befolgt werden kann. Sie sollte keine schwammigen Formulierungen enthalten, sondern präzise abgefasst sein. Die konkreten Wünsche des Verfassers sollten deutlich erkennbar sein.

- Eine Patientenverfügung muss nicht alle möglichen Situationen umfassen, sie kann auch nur wenige ausgewählte, für Sie wichtige Aspekte enthalten. In Umsetzung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sollte sie aber auf folgende Punkte unbedingt eingehen:
  - Wiederbelebung
  - Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
  - Künstliche Beatmung, Dialyse und Bluttransfusion
- Sprechen Sie über den Regelungsumfang und die Art der Regelungen, die Sie treffen wollen, mit Ihren Kindern, Ehepartner, Arzt/Ärztin und sonstigen Vertrauten.
- Wenn Sie persönliche Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung, Ihre Einstellung zum Leben und Sterben schriftlich festhalten und Ihrer Patientenverfügung beilegen, so ist dies eine wichtige Erläuterung und Verstärkung Ihrer Willensbekundung.
- Die in Ihrer Patientenverfügung getroffenen Festlegungen sind für den Arzt oder die Ärztin verbindlich, wenn durch sie Ihr Wille in einer konkreten Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt werden kann.
- Ein durch Ihre Vorsorgevollmacht bestellter Bevollmächtigter oder ein gerichtlich bestellter Betreuer ist verpflichtet, Ihre Patientenverfügung zu prüfen, Ihren Behandlungswillen festzustellen und ihm Geltung zu verschaffen.
- Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, empfiehlt es sich, Ihre Patientenverfügung entsprechend zu aktualisieren. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über den Krankheitsverlauf, mögliche Komplikationen und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Ihr Rechtsanspruch auf Auskunft über Diagnose und Prognose Ihrer Erkrankung ist im neuen Patientenrechtegesetz vom 26. Februar 2013 festgeschrieben.
- Weil es bei einer Patientenverfügung eine Vielzahl von Regelungsalternativen gibt, die Sie individuell für sich entscheiden müssen, kann es kein für alle Menschen geltendes einheitliches Formular oder Muster geben.

- Der in der Mitte des Heftes enthaltene Vordruck einer Patientenverfügung in Kurzfassung kann nach Auffassung des Kreisseniorenrates daher nur ein Beispiel sein, das einige Formulierungsmöglichkeiten aufzeigt und in die Fragestellungen einer Patientenverfügung einführt. Für viele Fälle reicht er aber sicherlich aus.
- Der Kreisseniorenrat empfiehlt deshalb, bei der Abfassung einer individuellen Patientenverfügung Textbausteine als Formulierungshilfe zu verwenden, wie sie u.a. das Bundesministerium für Justiz anbietet.

➜ Demenz ist eine Erkrankung, die sich meist langsam fortentwickelt. Spezifische Informationen gibt es hierzu unter www.alzheimer-bw.de, insbesondere, wie Erkrankte im Frühstadium eigenverantwortlich Regelungen treffen können

Form und Aufbau solcher Textbausteine sollen die folgenden Beispiele erläutern, die wir der Broschüre „Patientenverfügung" des Bundesministeriums für Justiz entnommen haben.

LEBENSERHALTENDE MASSNAHMEN

In den in der Einleitung zur Patientenverfügung beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte **oder**
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

SCHMERZ- UND SYMPTOMBEHANDLUNG

In den in der Einleitung zur Patientenverfügung beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung. **oder**
- Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

KÜNSTLICHE FLÜSSIGKEITSZUFUHR

In den in der Einleitung zur Patientenverfügung beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr **oder**
- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen **oder**
- die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

Ihre Patientenverfügung können Sie wie Ihre Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung (gebührenpflichtig) beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen:
Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister – PF 080151 – 10001 Berlin
Telefonische Beratung: 0800-3550500
www.vorsorgeregister.de

Hierdurch stellen Sie sicher, dass das Betreuungsgericht von Ihrer Verfügung Kenntnis erlangt. Weitere Informationen und die ausführliche Sammlung von Textbausteinen mit umfangreichen Erläuterungen finden Sie in der Broschüre „Patientenverfügung" des Bundesministeriums für Justiz. Sie können diese Broschüre anfordern beim Publikationsversand der Bundesregierung, Tel. 030-182722721.

Im Internet unter **www.bmj.de**.

Informationen zur Betreuungsverfügung

Wenn Sie infolge eines Unfalls, einer Erkrankung oder Demenz nicht mehr in der Lage sind, selbst zu handeln oder Entscheidungen zu treffen und keine Vorsorgevollmacht erteilt haben, wird das Betreuungsgericht einen geeigneten gesetzlichen Betreuer einsetzen, der für Sie tätig wird oder Dinge entscheidet, die Sie nicht mehr selbst regeln können.

Mit einer Betreuungsverfügung können Sie darauf Einfluss nehmen, wen das Betreuungsgericht als Betreuer bestellt – Sie können aber auch bestimmen, wen das Gericht NICHT bestellen soll.

- Den Vordruck einer Betreuungsverfügung finden Sie in der Mitte des Heftes.
- Ihre in einer Betreuungsverfügung festgelegten Wünsche sind für das Betreuungsgericht grundsätzlich verbindlich.
- Haben Sie im Rahmen der Vorsorgevollmacht festgelegt, dass die von Ihnen bevollmächtigte Person Ihres Vertrauens auch vom Gericht als Betreuer bestellt werden soll, wenn eine gesetzliche Betreuung notwendig werden sollte, müssen Sie keine zusätzliche Betreuungsverfügung erstellen.
- Das Handeln eines gesetzlichen Betreuers unterliegt der Kontrolle durch das Betreuungsgericht.
- Ein Betreuer ist angehalten, in Ihrem Sinne zu handeln. Solange Sie dazu noch in der Lage sind, muss er sich mit Ihnen beraten, bevor er wichtige Angelegenheiten für Sie erledigt.



Für den Fall, dass Sie hierzu nicht mehr in der Lage sein werden, können Sie Ihre Wünsche und Vorstellungen, wie für Sie gehandelt werden soll, schriftlich niederlegen und der Betreuungsvollmacht hinzufügen. Diese Anweisungen sind dann für den Betreuer verbindlich.

- Durch eine gesetzliche Betreuung entstehen Kosten, die Sie zu tragen haben oder die aus Ihrem Vermögen bestritten werden. Sollten Sie hierzu nicht in der Lage sein, übernimmt die Staatskasse diese Kosten.

Ihre Betreuungsverfügung können Sie wie auch Ihre Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung (gebührenpflichtig) beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen:
Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister – PF 080151 – 10001 Berlin
Telefonische Beratung: 0800-3550500
www.vorsorgeregister.de

Hierdurch stellen Sie sicher, dass das Betreuungsgericht von Ihrer Verfügung Kenntnis erlangt.

Weitere Hinweise zur Vorsorgemappe erteilt gerne der Kreisseniorenrat Landkreis Konstanz (Büro im Landratsamt)

Telefon: 07531/800-17 87, E-Mail: ksr@landkreis-konstanz.de

... und die Betreuungsvereine im Landkreis Konstanz

Betreuungsverein des Caritasverbandes Singen-Hegau e.V.
Feuerwehrstr. 6
78224 Singen
Telefon: 07731/95 61-22
Fax: 07731/4 98 71
E-Mail: ossege-eckert@caritas-singen-hegau.de

Betreuungsverein der Arbeiterwohlfahrt (AWO)
Gartenstr. 14
78315 Radolfzell
Telefon: 07732/5 39 77
Fax: 07732/82 19 92
E-Mail: kompass@awo-konstanz.de
Internet: www.awo-konstanz.de

Betreuungsverein des Caritasverbandes Singen-Hegau e.V.
Marktplatz 3
78333 Stockach
Telefon: 07731/9 69 70-251
Fax: 07731/9 69 70-259
E-Mail: starz@caritas-singen-hegau.de

Betreuungsverein Bodensee/Hegau e. V.
Thurgauer Str. 23 a
78224 Singen
Telefon: 07731/3 18 93
Fax: 07731/94 85 83
E-Mail: i.goebel@bbh-ev.de
Internet: www.bbh-ev.de

Betreuungsverein des Caritasverbandes Singen-Hegau e.V.
Schillerstr. 10a
78234 Engen
Telefon: 07731/9 69 70-271
Fax: 07731/9 69 70-279
E-Mail: lang@caritas-singen-hegau.de

Betreuungsverein Bodensee/Hegau e. V.
Brauneggerstr. 44
78462 Konstanz
Telefon: 07531/28 44 45-0
Fax: 07531/91 72 25
E-Mail: i.goebel@bbh-ev.de
Internet: www.bbh-ev.de

Betreuungsverein des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF)
St. Stephansplatz 39a
78462 Konstanz
Telefon: 07531/28 25 97-6 / oder -7
Fax: 07531/28 25 97-9
E-Mail: luitgard.winter@skf-konstanz.de
E-Mail: birgit.zillich@skf-konstanz.de

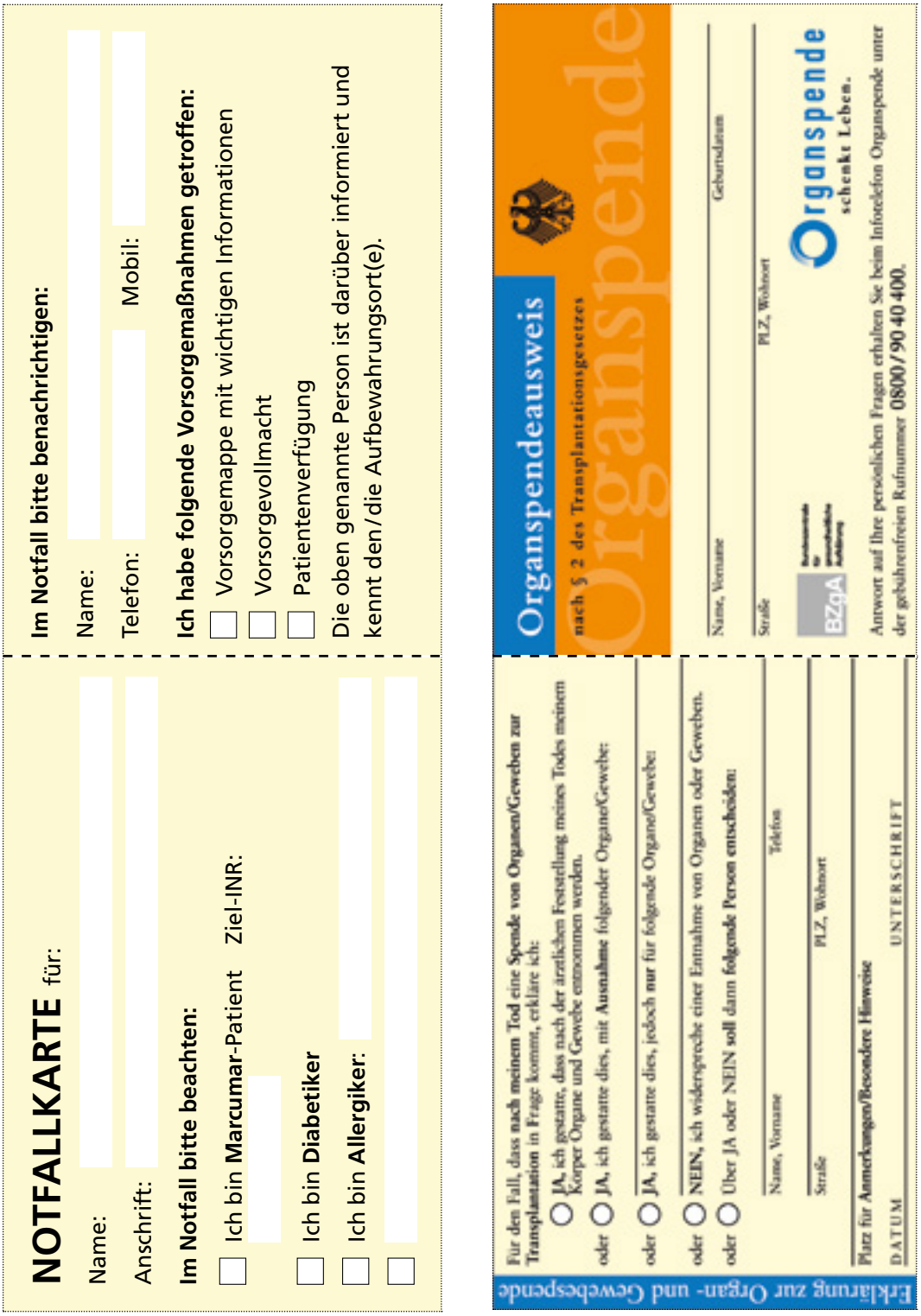
Betreuungsverein des Caritasverbandes Konstanz
Uhlandstr. 15
78464 Konstanz
Telefon: 07531/12 00-239
Fax: 07531/12 00-299
E-Mail: hensel@caritas-kn.de

Betreuungsverein des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF)
Theodor-Handloser-Str. 5
78224 Singen
Telefon: 07731/4 60 06
Fax: 07731/4 30 56

Katholischer Verein für soziale Dienste im Landkreis Konstanz (SKM)
Schulstr. 4
78462 Konstanz
Telefon: 07531/28 25 21-0
Fax: 07531/28 25 21-18
E-Mail: SKM-Konstanz@t-online.de

Organspendeausweis/Notfallkarte

- Füllen Sie den Organspendeausweis und/oder die Notfallkarte aus.
- Schneiden Sie die Karte(n) dann aus.
- Falten Sie sie an der Mittellinie so, dass die beschrifteten Seiten außen sind.
- Führen Sie die Karte(n) in Ihrer Geldbörse oder Brieftasche immer mit sich.



NOTFALLKARTE für:

Name:

Anschrift:

Im Notfall bitte beachten:

☐ Ich bin **Marcumar**-Patient Ziel-INR:

☐ Ich bin **Diabetiker**

☐ Ich bin **Allergiker:**

☐

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name:

Telefon: Mobil:

Ich habe folgende Vorsorgemaßnahmen getroffen:

☐ Vorsorgemappe mit wichtigen Informationen

☐ Vorsorgevollmacht

☐ Patientenverfügung

Die oben genannte Person ist darüber informiert und kennt den/die Aufbewahrungsort(e).

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Wohnort

BZgA

Organspende schenkt Leben.

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

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

Notizen / Beiblatt

Werner + Erika Messmer STIFTUNG

Der Kreisseniorenrat dankt der Werner + Erika Meßmer Stiftung
für die Unterstützung zur Erstellung dieser Vorsorgemappe.

Kreisseniorenrat Konstanz

Herausgeber Kreisseniorenrat Landkreis Konstanz
Büro im Landratsamt, Benediktinerplatz 1, 78467 Konstanz
Tel. (07531) 800-1787, E-Mail: ksr@landkreis-konstanz.de