



*Für Menschen.
Für Münster.*

VORSORGE MAPPE

Meine Dokumente

VORSORGE MAPPE

Dezember 2023

HINWEISE ZUR VORSORGE MAPPE

Die Vorsorgemappe bietet Ihnen umfangreiche Informationen und Vorlagen zu relevanten Fragen rund um das Thema Vorsorge im gesundheitlichen Ernstfall. So haben Angehörige und Betreuende die nötigen Informationen an einem Ort und können im Ernstfall schnell und in Ihrem Sinne handeln.

Halten Sie eine ausgefüllte und unterschriebene Version Ihrer Vorsorgemappe bereit.

Die von Ihnen bevollmächtigten Personen sollten im Ernstfall Zugriff auf diese Unterlagen haben. Sprechen Sie daher mit Bevollmächtigten über deren Befugnisse sowie über den Aufbewahrungsort der Unterlagen.

Die Inhalte der Vorsorgemappe sind in drei Bereiche gegliedert:

ZU MEINER PERSON IM ERNSTFALL WOHNEN UND EIGENTUM

Die entsprechenden Trennblätter für die 3 Bereiche finden Sie am Ende des Dokumentes.

Bei Bedarf (z.B. für Partner) können Sie gern auch einzelne Abschnitte der Vorsorgemappe mehrmals ausdrucken, ausfüllen und diese ausgedruckt zu einer gemeinsamen Mappe ergänzen.

Wichtig:

Im Notfall werden im Krankenhaus u.U. **nur Originaldokumente** akzeptiert.

Halten Sie die Originale des Abschnitts „Im Ernstfall“ gesammelt und für den Fall einer Krankenhauseinweisung an einem schnell zugänglichen Ort auf!

(In der Vorsorgemappe können Sie gern eine Kopie abheften.)

Wenn Sie die Dokumente nicht beglaubigen lassen, tackern Sie die jeweiligen Vollmachten/Verfügungen zusammen und unterschreiben jede Seite handschriftlich entsprechend den Vorlagen.

Wenn Sie sich zudem für einen **Organspendeausweis** entscheiden, können Sie diesen unter folgendem Link erstellen. Legen Sie auch den unterschriebenen Organspendeausweis den Notfallunterlagen bei.

Hier erhalten Sie den Organspendeausweis: www.organspende-info.de

LEITFADEN

Dieser Leitfaden soll Ihnen zur Orientierung beim Ausfüllen Ihrer Vorsorgemappe dienen. Hier können Sie vermerken, um welche Angelegenheiten Sie sich schon gekümmert haben. Außerdem ist er eine wichtige Hilfe für Ihre Angehörigen, um mit einem Blick zu erfahren, wo Sie Ihre gesamten wichtigen Unterlagen aufbewahren.

Zur Person

	In dieser Mappe	Anderer Aufbewahrungsort	Erledigt
Personalausweis	☐		☐
Gesundheitskarte	☐		☐
Sozialversicherungsausweis	☐		☐
Steuer-Identifikationsnummer	☐		☐
Familienstammbuch	☐		☐
Geburtsurkunde	☐		☐
Sterbeurkunde Ehepartner:in	☐		☐
Güterstand/Ehevertrag	☐		☐
Partnerschaftsvertrag	☐		☐
Scheidungsurteil	☐		☐

	In dieser Mappe	Anderer Aufbewahrungsort	Erledigt
Testament	☐		☐
Arbeitsvertrag	☐		☐
Arbeitslosenbescheinigung	☐		☐

Im Ernstfall

	In dieser Mappe	Anderer Aufbewahrungsort	Erledigt
Notfallunterlagen	☐		☐
Vorsorgevollmacht	☐		☐
Betreuungsverfügung	☐		☐
Patientenverfügung	☐		☐
Bestattungsverfügung	☐		☐
Organspendeausweis	☐		☐
Allergie-Pass	☐		☐
Diabetiker-Ausweis	☐		☐
Röntgen-Pass	☐		☐

	In dieser Mappe	Anderer Aufbewahrungsort	Erledigt
Impfausweis	☐		☐
Implantatausweis	☐		☐
Bescheinigung Pflegegrad	☐		☐

Wohnen und Eigentum

Finanzen

	In dieser Mappe	Anderer Aufbewahrungsort	Erledigt
Kredit- und Bankkarten	☐		☐
Jahresdepotauszug	☐		☐
Unterlagen Girokonto	☐		☐
Sparverträge, -bücher	☐		☐
Bausparverträge	☐		☐
Darlehen, Kredite	☐		☐
Aktien, Depots	☐		☐

	In dieser Mappe	Anderer Aufbewahrungsort	Erledigt
Wertpapiere	☐		☐
Bankschließfach	☐		☐
Verbindlichkeiten, Darlehen, Kredite	☐		☐
Mitgliedsausweise	☐		☐
Unterlagen digitaler Nachlass	☐	den Bevollmächtigten bekannt	☐
Unterlagen Steuererklärung	☐		☐

Versicherungen

	In dieser Mappe	Anderer Aufbewahrungsort	Erledigt
Hausratversicherung	☐		☐
Glasbruchversicherung	☐		☐
Wohngebäudeversicherung	☐		☐
Elementarversicherung	☐		☐
Haus- und Grundbesitzer- haftpflichtversicherung	☐		☐
Haftpflichtversicherung	☐		☐

Rechtsschutzversicherung	☐	..... .....	☐
Unfallversicherung	☐	..... .....	☐
Sterbegeldversicherung	☐	..... .....	☐
Rentenunterlagen	☐	..... .....	☐

Wohnen und Eigentum

In dieser Mappe

Anderer Aufbewahrungsort

Erledigt

Mietverträge	☐	..... .....	☐
Kaufverträge	☐	..... .....	☐
Grundbucheinträge	☐	..... .....	☐
Grundbesitzabgaben	☐	..... .....	☐
Besitzurkunden	☐	..... .....	☐
Ersatzschlüssel	☐	..... .....	☐
Verträge: Energieversorgung	☐	..... .....	☐
Unterlagen zur Grundsteuer	☐	..... .....	☐

KFZ**In dieser Mappe****Anderer Aufbewahrungsort****Erledigt**

Führerschein	☐	..... .....	☐
Kfz.-Brief	☐	..... .....	☐
Kfz.-Schein	☐	..... .....	☐
Kfz.-Versicherung	☐	..... .....	☐
Ersatzschlüssel	☐	..... .....	☐

Impressum auf letzter Seite

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname (Geburtsname)

.....

Anschrift:

.....

.....

Geburtsort/-datum:

.....

Handy:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

Familienstand:

.....

Konfession:

.....

Steuer-Identifikationsnummer:

.....

Sozialversicherungsnummer:

.....

Familienstammbuch
befindet sich:

.....

.....

Weitere Urkunden
(Geburts-, Sterbe-,
Scheidungsurkunde)
befinden sich:

.....

.....

.....

.....

Testament
hinterlegt bei:

.....

.....

ANGEHÖRIGE UND KONTAKTE

Im Notfall bitte unbedingt benachrichtigen:

Angehörige/Kontakt:

Name, Vorname:

Anschrift:
.....

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

Handy:

E-Mail:

Im Notfall bitte unbedingt benachrichtigen:

Angehörige/Kontakt:

Name, Vorname:

Anschrift:
.....

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

Handy:

E-Mail:

Im Notfall bitte unbedingt benachrichtigen:

Angehörige / Kontakt:

Name, Vorname:

Anschrift:
.....

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

Handy:

E-Mail:

Bei vorhandenen Haustieren bitte diese hier angeben und wo sie verbleiben könnten
(Name, Art des Tieres, Tierarztpraxis, Steuern, Chip und Versicherungen)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**BERUFLICHES: ARBEITGEBER:IN UND
ARBEITSLOSENBESCHEINIGUNG**

Tätigkeit:

Arbeitgeber:in:
(Name, Anschrift)

Bitte benachrichtigen:
(z. B. Personalabteilung etc.)

Bei Selbstständigkeit:

Name der Firma:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Arbeitslosenbescheinigung

Agentur für Arbeit/Jobcenter:

Arbeitslosenbescheid
befindet sich:

KRANKENKASSE/PFLEGEVERSICHERUNG

Krankenkasse (GKV / PKV):

Anschrift:

Krankenversicherungsnummer:

Aufbewahrung
Gesundheitskarte:

**Weitere Zusatzversicherungen/
Beihilfen:**

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer/-n:

Aufbewahrung der Unterlagen:

**Weitere Zusatzversicherungen/
Beihilfen:**

Versicherungsträger:

Versicherungsnummer/-n:

Aufbewahrung der Unterlagen:

Pflegezusatzversicherung:

Pflegeversicherung (privat):

Name und Anschrift:

Aufbewahrung der Unterlagen:

MEINE MEDIZINISCHEN KONTAKTE:

Hausarztpraxis

Name: Telefon:

Adresse:

Fachpraxis für Innere Medizin

Name: Telefon:

Adresse:

Fachpraxis für Augenheilkunde

Name: Telefon:

Adresse:

Fachpraxis für Zahnheilkunde

Name: Telefon:

Adresse:

Fachpraxis für Chirurgie

Name: Telefon:

Adresse:

Fachpraxis für Diabetologie

Name: Telefon:

Adresse:

MEINE MEDIZINISCHEN KONTAKTE:

Fachpraxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Name: Telefon:

Adresse:

Fachpraxis für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO)

Name: Telefon:

Adresse:

Facharztpraxis für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Name: Telefon:

Adresse:

Facharztpraxis für Neurologie

Name: Telefon:

Adresse:

Facharztpraxis für Orthopädie

Name: Telefon:

Adresse:

Facharztpraxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Name: Telefon:

Adresse:

MEINE MEDIZINISCHEN KONTAKTE:

Facharztpraxis für Urologie

Name: Telefon:

Adresse:

Facharztpraxis für Hämatologie und Onkologie

Name: Telefon:

Adresse:

Facharztpraxis für Kardiologie

Name: Telefon:

Adresse:

Facharztpraxis für Lungenheilkunde

Name: Telefon:

Adresse:

Facharztpraxis für Palliativmedizin

Name: Telefon:

Adresse:

PFLEGE:

Mein Pflegedienst

Name: Telefon:

Adresse:

Meine private Pflegeperson:

Name: Telefon:

Adresse:

NOTFALLUNTERLAGEN

Die Notfallunterlagen sind für eine Krankenhauseinweisung gedacht.
Bewahren Sie diese gesammelt und schnell zugänglich auf.
Achten Sie darauf, dass Sie in den Notfallunterlagen die **Originale** aufbewahren, im Notfall werden nur diese akzeptiert.
Eine weitere Ausfertigung können Sie auch in Ihrem Portemonnaie stets bei sich führen.

Name, Vorname (Geburtsname):
Anschrift:
Geburtsdatum: Telefon/Handy:

Notfallkontakt bitte benachrichtigen

Name: Telefon/Handy:
Adresse:

Hausarzt

Name: Telefon/Handy:
Adresse:

Krankenkasse: Vers.-Nr.:

(Vor-)Erkrankungen

	Ja	Nein
Herzinfarkt	☐	☐
Bypass-Operation	☐	☐
Antikoagulation (Blutverdünnung)	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐
Asthma/Chronische Bronchitis	☐	☐
Epilepsie (Fallsucht)	☐	☐
Glaukom (Grüner Star)	☐	☐
Hämophilie (Bluterkrankheit)	☐	☐
Welche?		
Nierenerkrankung	☐	☐
Dialyse seit:		

Aktuelle Medikamente

Präparat	Dosierung/Rhythmus

Blutgruppe und Rh-Faktor

(beides wird im Notfall neu bestimmt)

.....

Bemerkungen

.....
.....

Allergien / Medikamentenunverträglichkeit

.....
.....

Den Notfallunterlagen ist im Original beigelegt: (bitte ankreuzen)

Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Betreuungsverfügung ☐ Organspendeausweis ☐

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten im Notfall weitergegeben werden.

Datum: Unterschrift:

VORSORGEVOLLMACHT



WISSENSWERTES ZUR VORSORGEVOLLMACHT

Wir alle können durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage geraten, dass die eigenen Angelegenheiten nicht mehr selbst geregelt werden können. Dann muss jemand die Aufgaben für die betroffene Person vorübergehend oder langfristig übernehmen. Mit einer Vorsorgevollmacht setzen Sie bewusst eine oder mehrere Personen als Stellvertretung ein, diese Dinge im Ernstfall für Sie zu regeln. Gibt es keine Vorsorgevollmacht, muss das Betreuungsgericht für diese Phase des Lebens zwingend eine gesetzliche Betreuung bestellen.

Eine Regelung durch eine Vorsorgevollmacht ist auch innerhalb von Familien und Partnerschaften wichtig. Ab dem **01.01.2023** gilt das **Ehegattennotvertretungsrecht**.

Gemeinsam lebende Eheleute und eingetragene Lebenspartner:innen sind im Falle von Bewusstlosigkeit oder Krankheit berechtigt, in Untersuchungen, Eingriffe und Therapien einzuwilligen bzw. sie abzulehnen, Behandlungsverträge abzuschließen, Reha-Maßnahmen durchzusetzen und Pflegedienste zu beauftragen sowie entsprechende Versicherungsangelegenheiten zu regeln (vgl. § 1358 BGB und § 21 LPartG).

Eine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung ist dennoch sinnvoll, da das Ehegattenvertretungsrecht auf 6 Monate begrenzt ist und sich nur auf Themen der Gesundheitssorge beschränkt. Vermögensangelegenheiten sind von dem Ehegattenvertretungsrecht nicht umfasst.

Die Wahl einer oder mehrerer Vertrauenspersonen sollte gut überlegt sein. Da die Aufgaben und die Belastungen hier oft erheblich und anspruchsvoll sind, dürfen nur voll geschäftsfähige und volljährige Personen damit betraut werden. Ihre Vertrauensperson hat weitreichende Befugnisse und wird – anders als eine gesetzliche Betreuung – nicht vom Gericht kontrolliert.

Wenn weitergehende Vorstellungen existieren, wie die Vorsorgevollmacht von der Vertrauensperson im Einzelnen umzusetzen ist, oder welche Vertrauensperson sich ausschließlich um bestimmte Bereiche kümmern soll, so sollte das in einer separaten „Innenverhältnisregelung“ schriftlich zwischen Ihnen und der Vertrauensperson vereinbart werden.

Grundsätzlich reicht es aus, die Vorsorgevollmacht schriftlich zu verfassen.

Wenn auch Wohneigentum oder ein eigener Gewerbebetrieb vorhanden sind oder eine Erbausschlagung erforderlich werden könnte, ist oft zumindest eine öffentliche Beglaubigung der Unterschrift notwendig. Dafür kann man zur örtlichen Betreuungsbehörde gehen, die die Beglaubigung meist kostenlos vornimmt oder (gegen eine etwas höhere Gebühr) eine notarielle Beglaubigung einholen. Für manche Fälle ist darüber hinaus eine notarielle Beurkundung, die eine inhaltliche Prüfung der Vorsorgevollmacht und der Geschäftsfähigkeit beinhaltet, notwendig. Insbesondere bei Immobilien, für Darlehnsaufnahmen und bei Unsicherheiten bei der Erstellung der Vorsorgevollmacht kann eine notarielle Beratung und ggf. eine Beurkundung sinnvoll bzw. erforderlich sein.

Wenn Sie die Dokumente nicht beglaubigen lassen, tackern Sie die Seiten zusammen und unterschreiben jede Seite handschriftlich entsprechend der Vorlage. Darüber hinaus ist es sinnvoll eine Bankvollmacht für die „Person ihres Vertrauens“ zeitnah direkt bei ihrer Bank einrichten zu lassen.

Weitergehende und ständig aktualisierte Erläuterungen und Vorlagen finden Sie z. B. unter www.bmj.de. (Alle Angaben ohne Gewähr)

VORSORGEVOLLMACHT

Ich,

Name: Vorname(n):

im Folgenden: Vollmachtgeber:in

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

erteile hiermit **Vollmacht** an

Name: Vorname(n):

im Folgenden: Vertrauensperson bzw. bevollmächtigte Person

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Hiermit bevollmächtige ich die o. g. Vertrauensperson, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit „Ja“ angekreuzt oder ergänzend angegeben habe.

Durch diese Vollmacht möchte ich eine vom Gericht anzuordnende Betreuung vermeiden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Erteilung geschäftsunfähig werde.

Diese Vollmacht ist so lange wirksam, bis ich sie widerrufe. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann. Die ausgehändigte Vollmachtsurkunde ist mir oder meinen Erben auf Verlangen hin jederzeit herauszugeben.

Unterschrift S. 1:

**GESUNDHEITSSORGE, PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT,
FREIHEITSBESCHRÄNKUNG**

Ja Nein

Die Vertrauensperson darf in allen Angelegenheiten der Gesundheits-sorge entscheiden , ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patienten-verfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	☐	☐
Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen , auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich durch sie einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).	☐	☐
Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands , in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen. Dies gilt auch, wenn die Nicht-Anwendung der Maßnahme(n) für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.	☐	☐
Die Vertrauensperson darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Mediziner:innen sowie nichtärztliches Personal gegenüber der von mir bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	☐	☐
Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente, Fixierungen, Ruhigstellung mit Medikamenten ...) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) in ärztlicher Abstimmung entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.	☐	☐
Die Vollmacht umfasst auch die Befugnis, in die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme gegen den natürlichen Willen der Vollmacht-geber:in (ärztliche Zwangsmaßnahme, § 1906a BGB) einzuwilligen.	☐	☐
Sonstige eigene Vorgaben:		

Unterschrift S. 2:

WOHNUNGS- UND AUFENTHALTSANGELEGENHEITEN

Ja Nein

Die Vertrauensperson darf meinen Aufenthalt bestimmen , Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	☐	☐
Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen (Im Fall einer rechtlichen Betreuung stellt eine Wohnungskündigung einen besonderen Eingriff für die Betroffenen dar, der dem Genehmigungsvorbehalt durch das Betreuungsgericht unterliegt.)	☐	☐
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen .	☐	☐
Sonstige eigene Vorgaben:		

BEHÖRDEN

Ja Nein

Sie darf mich bei allen Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten . Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. Sie ist berechtigt, Leistungen entgegenzunehmen, Anträge zu stellen und Widersprüche/Einsprüche zu erheben.	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

VERMÖGENSSORGE

Ja Nein

Die Vertrauensperson 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:	☐	☐
• über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.	☐	☐
• Grundbesitz veräußern und erwerben, Grundpfandrechte und sonstige dringlichen Rechte für Gläubiger bestellen, die Zwangsvollstreckungsunterwerfung nach § 800 ZPO erklären sowie die Löschung von dinglichen Rechten im Grundbuch bewilligen und beantragen. Hinweis: Denken Sie an die erforderlichen Formvorschriften (öffentliche Beglaubigung/notarielle Beurkundung).	☐	☐
• Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.	☐	☐

Unterschrift S. 3:

• Verbindlichkeiten (bspw. Kredit- und Darlehnsverträge) eingehen. Hinweis: Erforderlichkeit notarieller Beurkundung für Verbraucherkreditverträge beachten.	☐	☐
• Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Hinweis: Bitte nutzen Sie auch die entsprechenden Formulare Ihrer Bank.	☐	☐
• Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einer gesetzlichen Betreuung rechtlich gestattet ist.	☐	☐

Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

.....

.....

.....

POST- UND FERNMELDEVERKEHR

Ja Nein

Die Vertrauensperson darf die für mich bestimmte Post (auch mit den Vermerken „eigenhändig“ oder „persönlich“) entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr (Internet, Telefon ...) entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	☐	☐
Sie darf auf alle Daten zugreifen, sie ändern und löschen, die bei der Nutzung des Internets einschließlich sozialer Netzwerke, E-Mails und ähnlicher Angebote gespeichert wurden.	☐	☐
Eine gesonderte Vollmacht für den digitalen Nachlass liegt vor.	☐	☐

VERTRETUNG VOR GERICHT

Ja Nein

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

Unterschrift S. 4:

UNTERVOLLMACHTEN

Ja Nein

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmachten erteilen.

☐ ☐

GELTUNG ÜBER DEN TOD HINAUS

Ja Nein

Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

☐ ☐

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ja Nein

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer:in zu bestellen.

☐ ☐

Ich habe eine zusätzliche Betreuungsverfügung verfasst.

☐ ☐

SCHLUSSBESTIMMUNG

Sollte eine der vorstehenden Bestimmungen unwirksam sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen wirksam.

WEITERE REGELUNGEN

.....

.....

.....

.....

UNTERSCHRIFTEN

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtgeber:in

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der bevollmächtigten Person (optional)

INNENVERHÄLTNISREGELUNG

INNENVERHÄLTNISREGELUNG ZWISCHEN VOLLMACHTGEBER:IN UND BEVOLLMÄCHTIGTER PERSON

Die **nachfolgende Vereinbarung regelt die Anwendung der Vorsorgevollmacht**

von *Vorname, Nachname*

im Nachfolgenden Vollmachtgeber:in genannt, vom *Datum* im Innenverhältnis zwischen Vollmachtgeber:in und der bevollmächtigten Person.

Die bevollmächtigte Person darf die im Außenverhältnis uneingeschränkt gültige Vorsorgevollmacht nur derart ausüben, wie es im Folgenden angekreuzt oder aufgeführt ist.

BEGINN DER VERTRETUNG

Zutreffendes bitte ankreuzen

Von dieser Vollmacht darf von der bevollmächtigten Person nur dann Gebrauch gemacht werden, wenn ich als Vollmachtgeber:in vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr selbst in der Lage bin, die eigenen Belange zu regeln. ☐
Die bevollmächtigte Person hat dabei stets im Interesse und zum Wohlergehen von mir als Vollmachtgeber:in zu handeln.

Die Betreuungsbedürftigkeit muss durch ärztliches Attest festgestellt werden. ☐

RANGFOLGE DER BEVOLLMÄCHTIGTEN

Die bevollmächtigte Person *Name, Geburtsdatum* soll vorrangig alle Aufgaben wahrnehmen. Nur wenn sie nicht in der Lage sein sollte, die Vollmacht auszuüben oder Unterstützung wünscht, soll als bevollmächtigte Person *Name, Geburtsdatum* an Stelle der ersten handeln. ☐

Die bevollmächtigte Person *Name, Geburtsdatum* soll mich als Vollmachtgeber:in in allen finanziellen Angelegenheiten vertreten. ☐

Die bevollmächtigte Person *Name, Geburtsdatum* soll mich als Vollmachtgeber:in in allen persönlichen Angelegenheiten vertreten. Hierzu zählen insbesondere alle Gesundheitsfragen. ☐

Unterschrift S. 1:

Sollten sich die Aufgaben überschneiden oder es Unstimmigkeiten zwischen den Bevollmächtigten geben, soll die bevollmächtigte Person
Name, Geburtsdatum
die Entscheidung treffen.

☐

Die Bevollmächtigten sind nicht befugt, ihre Vollmachten gegenseitig zu widerrufen.

☐

GESUNDHEITSANGELEGENHEITEN, PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Die bevollmächtigte Person muss die Wünsche in der von mir (Vollmachtgeber:in) festgelegten Patientenverfügung beachten und gegenüber Mediziner:innen und Pflegeheimen durchsetzen, ggf. auch mit gerichtlicher Hilfe.

☐

Die bevollmächtigte Person soll sicherstellen, dass ich als Vollmachtgeber:in möglichst lange in vertrauter Umgebung leben kann.

☐

Vermögen und Einkünfte von mir als Vollmachtgeber:in sind vorrangig für die bestmögliche Betreuung und Pflege zu verwenden. Dies gilt auch über die Grenzen der gesetzlichen Unterhaltspflicht hinaus.

☐

Als Vollmachtgeber:in wünsche ich mir im Bedarfsfall den folgenden Pflegedienst (falls möglich):

.....
Bezeichnung

.....
Anschrift

☐

Als Vollmachtgeber:in wünsche ich mir für den Fall, dass eine ambulante Pflege nicht mehr möglich ist, eine Unterbringung in folgender Einrichtung (falls möglich):

.....
Bezeichnung

.....
Anschrift

☐

Unterschrift S. 2:

GESCHENKE, FINANZEN

Die bevollmächtigte Person soll aus dem Einkommen von mir als Vollmachtgeber:in folgende regelmäßige Zahlungen bzw. Geldzuwendungen an die nachfolgend genannten Personen vornehmen:

Person	☐
Grund	
Häufigkeit	
Betrag	

Der bevollmächtigten Person steht nur der Ersatz der notwendigen Auslagen zu. Hierzu gehören u. a. Fahrtkosten, Bürokosten und ggf. Hotelkosten. Eine darüber hinausgehende Vergütung soll nicht gezahlt werden.

☐

ODER:

Die bevollmächtigte Person *Name, Geburtsdatum*
soll für die Tätigkeit über die Erstattung notwendiger Auslagen hinaus für die Dauer des Betreuungsfalls eine pauschale Aufwandsentschädigung aus dem Einkommen von mir als Vollmachtgeber:in bekommen.

Diese soll Euro pro Monat betragen.

☐

Diese Regelung gilt nur, sofern die Regelung aller Belange der Vollmachtgeber:in durch die bevollmächtigte Person ausgeübt wird (Generalvertretung) oder diese zumindest die gesamte Regelung der Vermögensangelegenheiten übernimmt.

Unterschrift S. 3:

KONTROLLBEVOLLMÄCHTIGTE/KONTROLLBEVOLLMÄCHTIGTER

Zur Kontrolle der Ausübung der Vorsorgevollmacht erteile ich als Vollmachtgeber:in der Person

.....
Name, Geburtsdatum

.....
Anschrift

die Kontrollbevollmächtigung. Dies beinhaltet das Recht auf Auskunft und Rechnungslegung, jährliches Prüfungsrecht der Rechnungslegung, Entscheidungskompetenz über ein mögliches Abweichen, Recht zum Widerruf der Vollmacht bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen zugunsten von mir als Vollmachtgeber:in sowie das Recht, die Dinge herauszuverlangen oder geltend zu machen, welche die bevollmächtigte Person zur Auftragsführung erhalten hat, sofern es einen Hinweise auf einen Missbrauch der Vollmacht gibt oder es zur Wahrung der Interessen von mir als Vollmachtgeber:in angemessen ist.



SONSTIGE REGELUNGEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Unterschrift S. 4:

Der bevollmächtigten Person ist bekannt, dass sie eine Auflistung der im Rahmen der Bevollmächtigung anfallenden Ausgaben führt und alle sonstigen Unterlagen wie Kontoauszüge, Rechnungen etc. aufbewahren muss. Anderenfalls kann sie sich unter Umständen schadensersatzpflichtig machen.

Die Bevollmächtigten sind verpflichtet, über die ihnen bekannt werdenden persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse von mir als Vollmachtgeber:in gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren.

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder nichtig sein oder werden oder weist dieser Vertrag Lücken auf, so sind sich die Parteien darüber einig, dass die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages davon unberührt und gültig bleiben.

UNTERSCHRIFTEN

Vollmachtgeber:in:

.....
Vorname, Name, Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtgeber:in

1. Bevollmächtigte Person:

.....
Vorname, Name, Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der bevollmächtigten Person

2. Bevollmächtigte Person (falls vorhanden):

.....
Vorname, Name, Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der bevollmächtigten Person

BETREUUNGSVERFÜGUNG



WISSENSWERTES ZUR BETREUUNGSVERFÜGUNG

Wir alle können in eine Situation geraten, in der wir nicht mehr in der Lage sind, die eigenen Angelegenheiten selbst zu regeln. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind dann eine gute Möglichkeit, so weit wie möglich selbst festzulegen, was dann von wem und auf welche Art und Weise geregelt werden soll.

In manchen Fällen gibt es keine Person, der man eine Vorsorgevollmacht erteilen möchte. Oder die ursprünglich bevollmächtigte Person kann diese Aufgabe nicht (mehr) wahrnehmen. Dann ist eine **Betreuungsverfügung** eine gute Möglichkeit vorzusorgen.

Hierin kann man selbst festlegen, wer in diesem Fall vom Betreuungsgericht als gesetzliche Betreuung eingesetzt werden soll. Die Betreuung regelt dann für die betroffene Person alles, was erforderlich ist und wozu sie vom Betreuungsgericht befugt ist. Das Betreuungsgericht überprüft u. a. anhand eines medizinischen Gutachtens und eines persönlichen Termins bei der zu betreuenden Person, ob und in welchem Umfang eine Betreuung erforderlich ist.

Daraufhin entscheidet das Gericht über den Zeitraum der Betreuung, die Auswahl einer Betreuung (soweit möglich nach dem in der Betreuungsverfügung erklärten Willen; danach kämen in der Rangfolge: Familienangehörige, anderenfalls ehrenamtliche Betreuer:innen und zuletzt Berufsbetreuer:innen bzw. Vereinsbetreuer:innen) und die Festlegung der erforderlichen Aufgabenbereiche für die Betreuung (insbesondere einen oder mehrere der folgenden drei Bereiche: Vermögen, Gesundheit, Aufenthalt).

Darüber hinaus kontrolliert das Betreuungsgericht die gesetzliche Betreuung. Ein:e Betreuer:in muss jährlich einen Tätigkeitsbericht und eine Einnahmen-Ausgaben-Rechnung vorlegen. Die als Betreuer:in benannte Person kann – anders als eine bevollmächtigte Person bei der Vorsorgevollmacht – erst dann tätig werden, wenn das Betreuungsgericht die rechtliche Betreuung angeordnet und benannt hat.

Gibt es eine Patientenverfügung, muss sich die Betreuung daran halten. Putzen, Kochen und Krankenpflege gehören übrigens nicht zu den Aufgaben von Betreuer:innen. Sofern eine rechtliche Betreuung angeordnet wird, fallen einerseits (vermögensabhängige) Kosten für das Betreuungsverfahren bei Gericht sowie für die Betreuung selbst an. Diese Kosten sind von der betreuten Person in der Regel selbst zu tragen, außer bei Mittellosigkeit. Die örtlichen Betreuungsvereine sind gute Ansprechpartner rund um die gesetzliche Betreuung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Sie bieten regelmäßig Beratung und Begleitung von Betreuer:innen an, welche eine ehrenamtliche Betreuung in ihrer Familie oder außerhalb der Familie führen.

Wenn Sie die Dokumente nicht beglaubigen lassen, tackern Sie die Seiten zusammen und unterschreiben jede Seite handschriftlich entsprechend der Vorlage.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge von Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann und das Betreuungsgericht deshalb **für mich eine gesetzliche Betreuung** bestellen muss, Folgendes fest:

Als Betreuer:in soll bestellt werden:

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Falls diese Person nicht zur als Betreuer:in bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Unterschrift S. 1:

Unter keinen Umständen soll/sollen folgende Person(en) als Betreuer:in bestellt werden:

1. Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

und auch nicht:

2. Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuung habe ich folgende Wünsche:

Ja Nein

Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die von der Betreuung zu beachten ist.

☐ ☐

Weitere Wünsche:

.....
.....

UNTERSCHRIFT VERFÜGENDE:R

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Verfügende:r

BEZEUGUNG (OPTIONAL)

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

Ich bestätige, dass der verfügenden Person die Bedeutung der hier verfüigten Regelung bei Unterzeichnung bewusst war und dass dabei keine Zweifel an der Geschäftsfähigkeit bestanden haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

PATIENTENVERFÜGUNG



WISSENSWERTES ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

Solange man selbst noch über medizinische Maßnahmen entscheiden kann, dürfen ärztliche Behandlungen nur durchgeführt werden, wenn man zuvor selbst eingewilligt hat. Für den Fall, dass man später einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, hierüber selbst zu entscheiden, bspw. wegen Demenz, eines Unfalls oder einer lebensgefährlichen Krankheit, kann man diese Entscheidungen vorher in einer **Patientenverfügung** regeln.

Die in einer Patientenverfügung dargelegten Wünsche der (volljährigen) betroffenen Person sind im gesundheitlichen Ernstfall von Mediziner:innen, Bevollmächtigten oder der gesetzlichen Betreuung stets verbindlich zu beachten. Das bedeutet, dass sich auch bei Erteilung einer Vorsorgevollmacht für den Gesundheitsbereich die bevollmächtigte Vertrauensperson unbedingt an die in der Patientenverfügung enthaltenen Entscheidungen und Vorstellungen halten muss.

Sofern Sie keine Patientenverfügung haben, muss im Ernstfall eine durch eine (Vorsorge-)Vollmacht ermächtigte Vertrauensperson oder anderenfalls die gesetzliche Betreuung für Sie Entscheidungen in Gesundheitsfragen, möglichst in Ihrem mutmaßlichen Sinne, treffen.

Wenn eine Patientenverfügung verfasst wurde und es in bestimmten gesundheitlichen Fällen schwierig sein sollte, den darin geäußerten Willen auf die konkrete gesundheitliche Situation anzuwenden oder es zu Unklarheiten hinsichtlich der Auslegung kommt, entscheidet im Zweifel ein Gericht als neutrale Instanz über die weiteren Behandlungsmaßnahmen.

Die **Patientenverfügung muss schriftlich** (hand- oder maschinengeschrieben) verfasst werden und eigenhändig unterzeichnet werden. Zutreffendes kreuzen Sie mit „ja“ an, die anderen nicht gewünschten Optionen streichen Sie bitte jeweils durch. Man kann die Patientenverfügung auch vom Notar beglaubigen lassen. Für die Wirksamkeit ist das aber nicht erforderlich. Wenn Sie die Dokumente nicht beglaubigen lassen, tackern Sie die Seiten zusammen und unterschreiben jede Seite handschriftlich entsprechend der Vorlage. An die Patientenverfügung ist man nicht ein für alle Mal gebunden. Sie kann jederzeit widerrufen werden. Es ist nicht erforderlich, aber empfehlenswert, eine Patientenverfügung in bestimmten Zeitabständen zu erneuern oder durch erneute Unterschrift nebst Datumsangabe zu bestätigen. Eine Registrierung im Zentralen

Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (ZVR) ist empfehlenswert.

Es ist unmöglich, im Voraus alle möglichen Krankheitsverläufe und -zustände in einer Patientenverfügung lückenlos zu bedenken. Um Unklarheiten bei der Auslegung im Ernstfall vorzubeugen, kann man außerdem zusätzlich zur Patientenverfügung eine „Beschreibung der persönlichen Wertvorstellungen“ beifügen.

Die Entscheidungen, welche Behandlungen man sich beim Eintritt bestimmter gesundheitlicher Umstände bzw. Komplikationen wünscht oder auch welche Behandlungen man ablehnt, sind nicht einfach. Für die Entscheidungen, die in der Patientenverfügung getroffen werden, sollte man sich ausreichend Zeit nehmen und bei Unsicherheiten unbedingt vorab ärztlichen Rat einholen. Behandelnde Mediziner:innen können zudem einen ärztlichen Vermerk auf der Patientenverfügung festhalten.

Weitergehende und ständig **aktualisierte Erläuterungen** und Hinweise finden Sie z. B. unter www.bmj.de; eine alternative Vorlage zur Christlichen Patientenverfügung der Deutschen Bischofskonferenz, der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland (ACK) können Sie unter www.dbk.de/themen/christliche-patientenvorsorge/ abrufen.
(Alle Angaben ohne Gewähr)

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich,

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

Telefon: Handy:

E-Mail:

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann (weiter auf Folgeseite):

Unterschrift S. 1:

EXEMPLARISCHE SITUATIONEN, FÜR DIE DIESE VERFÜGUNG GELTEN SOLL

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeilen durchgestrichen.

Wenn ...

Ja

ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.	☐
ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	☐
infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, auf Grund von mind. zwei ärztlichen Einschätzungen (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.	☐
ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenz-Erkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.	☐
Vergleichbare Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden, auch wenn sie hier nicht ausdrücklich erwähnt sind.	☐

Unterschrift S. 2:

FESTLEGUNG ZU EINLEITUNG, UMFANG ODER BEENDIGUNG BESTIMMTER ÄRZTLICHER MASSNAHMEN

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

Ja

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen über den Mund gestillt werden, gegebenenfalls 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 anderen belastenden Symptomen.

☐

ODER:

dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

☐

SCHMERZ- UND SYMPTOMBEHANDLUNG

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

Ja

aber keine bewusstseinsbeeinträchtigenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

☐

ODER:

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsbeeinträchtigende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

☐

Unterschrift S. 3:

KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG UND FLÜSSIGKEITSZUFUHR

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

Ja

dass keine Form der künstlichen Zufuhr von Nahrung (Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, über Blutgefäße) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.	☐
ODER:	
dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.	☐
ODER:	
dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.	☐

WIEDERBELEBUNG

A. In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

Ja

dass Versuche der Wiederbelebung unterlassen werden.	☐
ODER:	
dass Versuche der Wiederbelebung durchgeführt werden.	☐
dass keine notärztliche Hilfe verständigt wird. Eine eventuell eintreffende notärztliche Hilfe ist unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen zu informieren.	☐

B. Nicht nur in den zuvor beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

Ja

lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab.	☐
ODER:	
lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese nicht im Rahmen medizinischer Behandlungsmaßnahmen unerwartet notwendig werden.	☐

Unterschrift S. 4:

KÜNSTLICHE BEATMUNG

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

Ja

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt beziehungsweise eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

☐

ODER:

eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐

DIALYSE (KÜNSTLICHE BLUTWÄSCHE)

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

Ja

dass keine Dialyse durchgeführt beziehungsweise eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

☐

ODER:

eine Dialyse, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐

ANTIBIOTIKA

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich

Ja

keine Antibiotika.

☐

ODER:

Antibiotika nur zur Beschwerdelinderung im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung.

☐

ODER:

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

☐

Unterschrift S. 5:

BLUT/BLUTBESTANDTEILE

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich

Ja

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.	☐
ODER:	
die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Beschwerdelinderung im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung.	☐
ODER:	
die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.	☐

ORT DER BEHANDLUNG, BEISTAND

Ich möchte

Ja

wenn möglich zu Hause beziehungsweise in vertrauter Umgebung sterben.	☐
ODER:	
in das Krankenhaus zum Sterben verlegt werden.	☐
Ich wünsche Beistand durch folgende Personen (Name, Anschrift):	☐
Beistand durch meine Kirche/Glaubensgemeinschaft:	☐
Beistand durch einen Hospiz- oder Palliativdienst:	☐

Unterschrift S. 6:

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT

Ja

Gegenüber folgenden Personen ist die ärztliche Schweigepflicht aufgehoben: ☐

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Telefon:

Adresse:

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Telefon:

Adresse:

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Telefon:

Adresse:

HINWEISE AUF WEITERE VORSORGEVERFÜGUNGEN

Ja

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht (für Gesundheitsangelegenheiten) erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den von mir bevollmächtigten Personen besprochen: ☐

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Telefon:

Adresse:

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Telefon:

Adresse:

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Telefon:

Adresse:

Unterschrift S. 7:

und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir gewünschten Betreuungsperson besprochen: ☐

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Telefon:

Adresse:

HINWEIS AUF BEIGEFÜGTE ERLÄUTERUNGEN ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

Ja

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen ☐

Meine spirituelle Verfügung ☐

Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte ☐

ORGANSPENDE

Ja

Ich **habe einen** Organspendeausweis. ☐

Ich **habe keinen** Organspendeausweis. ☐

Mir ist bekannt, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit widerrufen und ändern kann. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Der in dieser Verfügung geäußerte Wille zu ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von dem gesamten Behandlungsteam befolgt werden. Sollten diese sich nicht in der Lage sehen, meinen beschriebenen Willen so umzusetzen, fordere ich, dass meine medizinische und/oder pflegerische Behandlung andernorts fortgesetzt wird. In Situationen, die in meiner Patientenverfügung nicht exakt beschrieben sind, soll mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten im Sinne dieser Verfügung ermittelt werden. Ich wünsche, dass mir in einer konkreten Anwendungssituation nicht unterstellt wird, ich hätte meinen Willen geändert.

Unterschrift S. 8:

Sollte bei der behandelnden Ärzteschaft und den Pfleger:innen aufgrund meines Verhaltens (Gesten, Äußerungen ...) der Eindruck einer eventuellen Willensänderung entstehen, so ist auch in diesem Fall möglichst im Konsens aller Beteiligten mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Sollten die Beteiligten sich in den beschriebenen Fällen nicht einigen können, so ist der Auffassung folgender Personen besonderes Gewicht beizumessen:

(Name, Vorname)

Führt auch dies nicht zu einem Ergebnis, muss die gesetzliche Betreuung bzw. die bevollmächtigte Person das Betreuungsgericht um eine Klärung ersuchen.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

VERZICHT AUF WEITERE ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG

Ja

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

☐

AKTUALISIERUNG

Ja

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.

☐

ODER:

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

☐

UNTERSCHRIFT VERFÜGENDE:R

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

BESTATTUNGSVERFÜGUNG



WISSENSWERTES ZUR BESTATTUNGSVERFÜGUNG

Die Bestattungsverfügung ist ein Dokument, in dem persönliche Wünsche für die eigene Bestattung und Trauerfeier festgehalten werden können. Dazu zählen unter anderem die gewünschte Bestattungsart, der Beisetzungsort und besondere Wünsche wie Trauermusik und Blumenschmuck. Eine Bestattungsverfügung ist rechtlich bindend. Sofern die hierin beschriebenen Wünsche auch finanziell abgesichert sind, müssen sie von den Angehörigen gemäß der Verfügung berücksichtigt werden. Gibt es keine Bestattungsverfügung, entscheiden die Angehörigen, wie die Bestattung durchgeführt wird. Wenn Sie die Dokumente nicht beglaubigen lassen, tackern Sie die Seiten zusammen und unterschreiben jede Seite handschriftlich entsprechend der Vorlage.

BESTATTUNGSKOSTEN

Bei einer Bestattung entstehen regelmäßig Kosten von mehreren tausend Euro. Ein Sterbegeld von der Krankenversicherung gibt es seit vielen Jahren nicht mehr. Tritt der Todesfall durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ein oder war die verstorbene Person verbeamtet, gibt es noch spezielle gesetzliche Sterbegeldansprüche. Diese Bestattungskosten sind im Normalfall von Erben oder Angehörigen zu tragen. Sofern möglich, können die Kosten der Bestattung durch den Nachlass der verstorbenen Person gedeckt werden.

SOZIALBESTATTUNG

Wenn der Nachlass nicht ausreicht, um die Kosten der Bestattung zu bezahlen, kommt unter Umständen eine Kostenübernahme durch das Sozialamt in Betracht. Das gilt allerdings nur nachrangig. Die Bestattungskosten können nur übernommen werden, wenn die Kosten nicht durch aus Anlass des Todes erlangtes Vermögen (z. B. Sterbegeld, Sterbegeldversicherung, Nachlass) gedeckt werden können und wenn auch den Angehörigen die Kostenübernahme nicht zuzumuten ist. Dann muss beim Sozialamt vor der Beerdigung ein Antrag gestellt werden. Ein Bestattungsunternehmen wird dann ein Begräbnis „in einem angemessenen und würdigen Rahmen“ in Absprache mit den Angehörigen und ggf. im Rahmen der Bestattungsverfügung ausrichten.

STERBEGELDVERSICHERUNG

In einer Sterbegeldversicherung spart man zu Lebzeiten einen vereinbarten Betrag für die Beerdigung an. Allerdings entstehen hierbei Abschluss- und Verwaltungsgebühren, die man sich genau ansehen sollte.

Eine Sterbegeldversicherung gilt übrigens als Schonvermögen nach SGB XII. Das bedeutet, dass dieses Geld nicht verbraucht werden muss, bevor man einen Anspruch auf Grundsicherung im Alter hat. Die Höhe der Versicherungssumme und der Bestattungskosten muss sich dabei nicht am Lebensstandard und dem sozialen Umfeld orientieren. Im Vertrag muss dafür aber festgelegt sein, dass die Versicherungssumme nur für die Bestattung und die damit verbundenen Kosten verwendet werden darf.

(Alle Angaben ohne Gewähr)

BESTATTUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

äußere hiermit meine Wünsche für die Bestattung meiner sterblichen Überreste im Fall meines Todes.

BESTATTUNGSART

Meine **sterblichen Überreste** sollen nach meinem Tod:

	Ja	Nein
in einem Erdgrab beigesetzt werden.	☐	☐
im Familiengrab beigesetzt werden.	☐	☐
in einem anonymen Erdgrab beigesetzt werden.	☐	☐
in meinem Wahlgrab beigesetzt werden. Es befindet sich:	☐	☐

Ich wünsche **eine Feuerbestattung**, die Asche soll:

	Ja	Nein
in einem (Erd-)Urnengrab beigesetzt werden.	☐	☐
in einem Kolumbarium beigesetzt werden.	☐	☐
in einer Urnenstele beigesetzt werden.	☐	☐
in einem anonymen Urnengrab beigesetzt werden.	☐	☐

Unterschrift S. 1:

	Ja	Nein
auf einer Aschestreuwiese verstreut werden.	☐	☐
auf See verstreut werden. (Seebestattung)	☐	☐
im Wurzelbereich eines Baumes verteilt werden. (Baumbestattung)	☐	☐

BESTATTUNGSFEIER

	Ja	Nein
Ich möchte eine Bestattungsfeier.	☐	☐

Gäste der **Bestattungsfeier**:

	Ja	Nein
Die Bestattungsfeier soll im engen Familienkreis stattfinden.	☐	☐
Auch Freunde und Bekannte sollen an der Bestattungsfeier teilhaben.	☐	☐
Ich wünsche mir eine Traueranzeige in der örtlichen Zeitung.	☐	☐
Ich möchte eine öffentliche Bestattungsfeier.	☐	☐
Ich habe eine Gästeliste für meine Bestattungsfeier erstellt, sie ist zu finden: 	☐	☐

SONSTIGE WÜNSCHE:

.....

.....

.....

.....

.....

Unterschrift S. 2:

ABLAUF/AUSGESTALTUNG DER BESTATTUNGSFEIER

Ja Nein

Mein Leichnam soll aufgebahrt werden.

☐☐

Ich möchte eine **religiöse Trauerfeier**, und zwar:

☐ katholisch

☐ evangelisch

Sonstiges:

.....
.....

Für die Trauerfeier wünsche ich mir ...

Blumenschmuck, und zwar:

.....
.....

Musik, und zwar:

.....
.....

eine Rede, und zwar von:

..... gehalten

GRABMAL/GRABSTEIN

Ja Nein

Ich möchte ein Grabmal/einen Grabstein.

☐☐

Meine Angehörigen sollen diese Entscheidung treffen.

☐☐

Text/Wünsche für das Grabmal/den Grabstein:

.....
.....

Unterschrift S. 3:

VERSICHERUNGEN/FINANZIELLES/WICHTIGE UNTERLAGEN

Ja Nein

Ich habe Versicherungen für meinen Sterbefall abgeschlossen. Versicherungsinstitut:	☐	☐
Ich habe eine Lebensversicherung. Versicherungsinstitut:	☐	☐
Ich habe ein Sparkonto für den Sterbefall. Bank/Kreditinstitut:	☐	☐
Ich habe ein Testament erstellt und bei folgendem Notariat bzw. an folgendem Ort aufbewahrt:	☐	☐
Meine weiteren Unterlagen habe ich sicher aufgehoben, und zwar:	☐	☐

BESTATTUNGSINSTITUT

Ja Nein

Ich habe mich bereits für ein Bestattungsinstitut entschieden, und zwar (Name, Ort):	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

Unterschrift S. 4:

VERTRAUENSPERSON

Ja Nein

Sollten sich Situationen ergeben oder auch Fragen aufkommen, die nicht ausdrücklich in diesem Schriftstück geklärt werden oder so wie beschrieben nicht möglich sind, soll folgende Person eine Entscheidung treffen:

☐☐

Name: Vorname:

Adresse:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Bestattungsverfügung aus freiem Willen und auch im vollen Besitz meiner geistigen Fähigkeiten aufgesetzt habe. Mich hat niemand unter Druck gesetzt. Sollten Fragen zu meinen Wünschen offengeblieben oder nicht ausreichend beschrieben sein, bitte ich darum, meine Vertrauensperson zurate zu ziehen und meinen mutmaßlichen letzten Willen umzusetzen.

UNTERSCHRIFT

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

GIROKONTEN, SPARKONTEN, WERTPAPIERE, BANKSCHLISSFACH, KREDITKARTEN

Bitte fragen Sie bei Ihrer Hausbank nach eigenen Vordrucken, da manche Banken nur diese anerkennen.

Girokonten:

Bank:

IBAN:

Kontoinhaber:in:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Girokonten:

Bank:

IBAN:

Kontoinhaber:in:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Sparkonten:

Bank:

IBAN:

Kontoinhaber:in:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Sparkonten:

Bank:

IBAN:

Kontoinhaber:in:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Bausparvertrag:

angelegt bei:

Kontonummer:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Wertpapiere/Aktien/Depots:

Bank:

Depotnummer:

Art:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Wertpapiere/Aktien/Depots:

Bank:

Depotnummer:

Art:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Sonstige Geldanlagen:

Bank:

Vertragsnummer/IBAN:

Art der Geldanlage:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Bankschließfach:

Bank:

Regelung des
Zuganges:

Zusätzlich
verfügungsberechtigt:

Kreditkarten (Mastercard, Visa u. a.):

Kreditkartentyp:

Kreditkartennummer:

Kreditkartentyp:

Kreditkartennummer:

Die Aufbewahrungsorte der einzelnen Verträge/Unterlagen können Sie im Leitfaden
vermerken.

VERBINDLICHKEITEN / DARLEHEN / KREDITE

Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten (Darlehen), Immobiliendarlehen, Finanzierung von Auto, Möbeln etc.

Art der Verbindlichkeit:

Institut/Person:

Betrag:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Art der Verbindlichkeit:

Institut/Person:

Betrag:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Art der Verbindlichkeit:

Institut/Person:

Betrag:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

Art der Verbindlichkeit:

Institut/Person:

Betrag:

Zusätzlich verfügbungsberechtigt:

MITGLIEDSCHAFTEN

Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Parteien oder Ähnlichem

Name des Vereins:

Mitgliedsnummer:

Höhe des Beitrags: Kündigungsfrist:

Zahlungsweise / -art:

Bemerkungen:

Name des Vereins:

Mitgliedsnummer:

Höhe des Beitrags: Kündigungsfrist:

Zahlungsweise / -art:

Bemerkungen:

Name des Vereins:

Mitgliedsnummer:

Höhe des Beitrags: Kündigungsfrist:

Zahlungsweise / -art:

Bemerkungen:

Name des Vereins:

Mitgliedsnummer:

Höhe des Beitrags: Kündigungsfrist:

Zahlungsweise / -art:

Bemerkungen:

BESTEHENDE VERTRÄGE

Dazu gehören zum Beispiel Telefon, Internet, Zeitungsabonnements und Ähnliches
(Wenn Sie dazu einen Online-Zugang haben, verwahren Sie die Zugangsdaten sicher
auf – siehe auch nächster Punkt zum digitalen Nachlass.)

Vertragsgegenstand:

Vertragsnummer:

Rechnungssteller:in:

Zahlungsweise/-art:

Höhe des Rechnungsbetrages:
(wenn gleichbleibend)

Aufbewahrung der Unterlagen:

.....

Vertragsgegenstand:

Vertragsnummer:

Rechnungssteller:in:

Zahlungsweise/-art:

Höhe des Rechnungsbetrages:
(wenn gleichbleibend)

Aufbewahrung der Unterlagen:

.....

Vertragsgegenstand:

Vertragsnummer:

Rechnungssteller:in:

Zahlungsweise/-art:

Höhe des Rechnungsbetrages:
(wenn gleichbleibend)

Aufbewahrung der Unterlagen:

.....

Vertragsgegenstand:

Vertragsnummer:

Rechnungssteller:in:

Zahlungsweise/-art:

Höhe des Rechnungsbetrages:
(wenn gleichbleibend)

Aufbewahrung der Unterlagen:

.....

.....

Bei weiteren Verträgen diese Seite als Kopiervorlage verwenden.



DIGITALER NACHLASS – DIGITALE VORSORGE

Mit der zunehmenden Digitalisierung vieler Lebensbereiche hinterlassen wir auch in der digitalen Welt unsere Spuren. Wir speichern Fotos, Texte und Videos auf technischen Geräten oder im Netz und lesen E-Books auf digitalen Medien. Wir kommunizieren über E-Mail und Messenger-Dienste und nutzen Cloud-Dienste, um Daten zu speichern. Wir schließen Verträge online ab, richten online Accounts ein und buchen Karten und Tickets. Immer mehr kaufen wir in Onlineshops und im Versandhandel ein und hinterlassen hierfür unsere Daten.

Dabei legen wir personalisierte Nutzerkonten mit Passwörtern an und hinterlegen unsere persönlichen Daten, Bankdaten u. v. m.

Alle Daten, die im Internet, auf Smartphones und auf Festplatten zurückgelassen werden, sind Teil des digitalen Erbes. Deshalb ist es ratsam, Vorsorge im Krankheits- oder Todesfall auch für diesen Themenbereich zu treffen und sich noch zu Lebzeiten um den digitalen Nachlass zu kümmern.

Bestimmen Sie eine Person Ihres Vertrauens für die digitale Nachlassverwaltung und bevollmächtigen Sie diese Person.

Legen Sie eine Liste mit allen Benutzerkonten und Passwörtern an und hinterlegen Sie diese an einem **sicheren Ort**. Sollten Sie für Ihre Konten eine Zwei-Faktor-Authentifizierung (2FA) aktiviert haben, achten Sie auch darauf, dies in der Liste zu vermerken und der Nachlassverwaltung Zugriff auf die 2FA-Methode(n) zu ermöglichen.

Um nichts zu vergessen, führen Sie am besten einen Monat lang eine Liste mit allen **Nutzerkonten** und fügen Sie Daten ein, wenn Sie z. B. online eine Monats-/Jahresrechnung erhalten. Diese Liste können Sie in Papierform anlegen und z. B. in einem Tresor oder einem Bankschließfach sicher aufbewahren oder als Dokument auf einem verschlüsselten USB-Stick speichern. Auch können Sie die Liste digital führen, z. B. in einem Passwortmanager. ⁽¹⁾

Da sich die Passwörter öfter ändern und neue hinzukommen können, sollte die Liste regelmäßig aktualisiert werden. Die von Ihnen bevollmächtigte Person sollte den Aufbewahrungsort kennen.

Auch sollten Sie genau festlegen, was mit Ihren einzelnen Nutzerkonten passieren soll. Durch eine Vollmacht „über den Tod hinaus“ kann man regeln, was mit den Daten passieren soll, wenn man durch Krankheit oder Tod die Online-Accounts nicht mehr verwalten kann.



Regeln Sie in der Liste detailliert, wie in welchem Fall mit Ihren Accounts und Ihrem digitalen Nachlass umgegangen werden soll: welche Daten gelöscht werden sollen, wie die Vertrauensperson mit Ihrem Account in einem sozialen Netzwerk umgehen und was mit im Netz vorhandenen Fotos passieren soll. Bestimmen Sie ebenfalls, was mit Ihren Endgeräten (Computer, Smartphone, Tablet) und den dort gespeicherten Daten geschehen soll.

Im Folgenden finden Sie eine exemplarische Liste, die Sie für Ihre Nutzerkonten verwenden können.

Hier einige Beispiele für Nutzerkonten:

- E-Mail-Dienste, Cloud Speicher, Hoster etc.
- Versandhandel z. B. Amazon, Ebay, Otto etc.
- Energie, Verkehr, Versicherungen, Verträge, Versorgungsunternehmen z. B. Strom, Gas, Deutsche Bahn, Stadtwerke, Fluggesellschaften etc.
- Kultur z. B. Theater, Museen etc.
- Soziale Netzwerke z. B. Facebook, Instagram etc.
- Online Banking
- Bezahl Dienste z. B. PayPal, GiroPay, Apple Pay etc.
- Eigene Internetverkäufe z. B. eBay, Vinted, Kleinanzeigen
- Homepage
- Sonstige Passwörter z. B. Smartphone, PC, Tablet, Drucker, Router, Fernseher

⁽¹⁾ Siehe auch die Empfehlungen der Verbraucherzentrale und der Bundesregierung zur Nutzung von Passwortmanagern und Mustervorlagen für eine Vollmacht und Liste der Accounts

Vgl. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/digitalen-nachlass-rechtzeitig-regeln-842050>

Vgl. <https://www.verbraucherzentrale.nrw/wissen/digitale-welt/datenschutz/digitale-vorsorge-digitaler-nachlass-was-passiert-mit-meinen-daten-12002>

NUTZERKONTEN IM INTERNET

(Wichtig: Diese Liste regelmäßig aktualisieren, an einem sicheren Ort verwahren und Bevollmächtigte informieren!)

Anbieter/Internetadresse:

Nutzername:

E-Mail-Adresse:

Passwort: 2FA:

.....

Anbieter/Internetadresse:

Nutzername:

E-Mail-Adresse:

Passwort: 2FA:

.....

Anbieter/Internetadresse:

Nutzername:

E-Mail-Adresse:

Passwort: 2FA:

.....

Stand der Auflistung

.....
Datum

NUTZERKONTEN IM INTERNET (KOPIERVORLAGE)

(Wichtig: Diese Liste regelmäßig aktualisieren, an einem sicheren Ort verwahren und Bevollmächtigte informieren!)

Anbieter/Internetadresse:

Nutzername:

E-Mail-Adresse:

Passwort: 2FA:

.....

Anbieter/Internetadresse:

Nutzername:

E-Mail-Adresse:

Passwort: 2FA:

.....

Anbieter/Internetadresse:

Nutzername:

E-Mail-Adresse:

Passwort: 2FA:

.....

Stand der Auflistung

.....
Datum

VOLLMACHT FÜR MEINE DIGITALEN KONTEN

Ich,

Name, Vorname (Geburtsname)

im Folgenden: Vollmachtgeber:in

Anschrift:

.....

Geburtsort/-datum:

Telefon/Handy:

E-Mail:

erteile hiermit **Vollmacht** an

Name, Vorname (Geburtsname)

im Folgenden: Vertrauensperson bzw. bevollmächtigte Person

Anschrift:

.....

Geburtsort/-datum:

Telefon/Handy:

E-Mail:

Hiermit bevollmächtige ich die o. g. Vertrauensperson mit der Verwaltung meiner digitalen Vorsorge zu Lebzeiten und meines digitalen Nachlasses im Falle meines Todes. Sie kennt den Aufbewahrungsort der Liste meiner Konten mit allen Passwörtern.

Diese Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

VERSICHERUNG FÜR HAUS ODER WOHNUNG

Hausratversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Glasbruchversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Wohngebäudeversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Elementarversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Die Aufbewahrungsorte der einzelnen Verträge/Unterlagen können Sie im Leitfaden vermerken.

HAFTPFLICHT-, RECHTSSCHUTZ-, UNFALL-, STERBEGELD- UND WEITERE VERSICHERUNGEN

Haftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Rechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Sterbegeldversicherung/Gruppensterbegeldversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Weitere Versicherungen

Art der Versicherung:

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Art der Versicherung:

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Die Aufbewahrungsorte der einzelnen Verträge/Unterlagen können Sie im Leitfaden vermerken.

RENTENVERSICHERUNG, BEAMTENVERSORGUNG, LEBENSVERSICHERUNG UND PRIVATE ALTERSVORSORGE

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Beamtenversorgung

Pension, festsetzende Behörde:

Personalnummer/Aktenzeichen:

Adresse:

Telefon:

Zusatzversicherung/Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Private Rentenversicherung

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Sonstige Altersvorsorge:

Anlageform:

Gesellschaft/Institut:

Kennzeichen/Nummer der Police:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Art der Versicherung:

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Die Aufbewahrungsorte der einzelnen Verträge/Unterlagen können Sie im Leitfaden vermerken.

MIETOBJEKTE (WOHNUNG, GARAGE, GARTEN etc.)

Objekt:

Adresse:

Name Vermieter:in:

Telefon:

Adresse:

Kündigungsfrist/Bemerkungen:

.....

Objekt:

Adresse:

Name Vermieter:in:

Telefon:

Adresse:

Kündigungsfrist/Bemerkungen:

.....

Objekt:

Adresse:

Name Vermieter:in:

Telefon:

Adresse:

Kündigungsfrist/Bemerkungen:

.....

GRUND- UND IMMOBILIENEIGENTUM

Art des Grundbesitzes und/oder der Immobilie:

.....

Anschrift des Objekts:

Grundbesitzabgaben:

Zahlungsweise/-art:

Name und Anschrift
möglicher Miteigentümer:innen:

.....

Grundbuch von:

Blatt:

Weitere Objekte:

Art des Grundbesitzes und/oder der Immobilie:

.....

Anschrift des Objekts:

Grundbesitzabgaben:

Zahlungsweise/-art:

Name und Anschrift
möglicher Miteigentümer:innen:

.....

Grundbuch von:

Blatt:

VERMIETUNGEN

Adresse Objekt:

.....

Name Mieter:in:

Telefon:

Mietvertrag vom: Kündigungsfrist:

Kaution:

Adresse Objekt:

.....

Name Mieter:in:

Telefon:

Mietvertrag vom: Kündigungsfrist:

Kaution:

Adresse Objekt:

.....

Name Mieter:in:

Telefon:

Mietvertrag vom: Kündigungsfrist:

Kaution:

ENERGIEVERSORGUNG

Strom:

Versorger:

Vertragsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Wasser:

Versorger:

Vertragsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Gas:

Versorger:

Vertragsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Bei weiteren Energieversorgern diese Seite als Kopiervorlage verwenden

FAHRZEUGE (KFZ, WOHNWAGEN, MOTORRAD, E-BIKE U. A.)

Fahrzeugart, Hersteller, Typ:

Amtliches Kennzeichen:

Angaben zu Finanzierung/Leasing:

.....

Versicherung:

Vertragsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Steuer (Betrag, Zahlungsweise/-art):

Fahrzeugart, Hersteller, Typ:

Amtliches Kennzeichen:

Angaben zu Finanzierung/Leasing:

.....

Versicherung:

Vertragsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Steuer (Betrag, Zahlungsweise/-art):

Fahrzeugart, Hersteller, Typ:

Amtliches Kennzeichen:

Angaben zu Finanzierung/Leasing:

.....

Versicherung:

Vertragsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Steuer (Betrag, Zahlungsweise/-art):

Fahrzeugart, Hersteller, Typ:

Amtliches Kennzeichen:

Angaben zu Finanzierung/Leasing:

.....

Versicherung:

Vertragsnummer:

Adresse:

Telefon:

Zahlungsweise/-art:

Steuer (Betrag, Zahlungsweise/-art):

Impressum:

Herausgeber:

Caritasverband für die Stadt Münster e. V.
Josefstraße 2
48151 Münster

E-Mail: info@caritas-ms.de

Internet: www.caritas-ms.de

Die Inhalte der Vorsorgemappe stellen keine
Rechtsberatung dar und ersetzen diese auch nicht.

Layout, Satz, Beratung:

David Ehlert, www.davidehlert.de

Marlen Lütke Hüttmann



ZU MEINER PERSON

- Persönliche Daten
- Angehörige und Kontakte
- Angaben zur Arbeitgeberin/zum Arbeitgeber
- Krankenkasse/Pflegeversicherung
- Meine Ärztinnen und Ärzte



ZU MEINER PERSON



IM ERNSTFALL

- Notfallunterlagen
- Vorsorgevollmacht
- Innenverhältnisregelung
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung
- Bestattungsverfügung



IM ERNSTFALL

WOHNEN UND EIGENTUM

Finanzen

- Girokonten, Sparkonten, Wertpapiere
- Verbindlichkeiten
- Mitgliedschaften
- Bestehende Verträge
- Digitaler Nachlass

Versicherungen

- Versicherungen für Haus und Wohnung
- Unfall-, Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Sterbegeldversicherung
- Rentenversicherung, Beamtenversorgung, Lebensversicherung und private Altersvorsorge
- Wohnen und Eigentum
- Mietobjekte
- Grund- und Immobilieneigentum
- Vermietungen
- Energieversorgung – Grundsteuer

Kraftfahrzeuge

- Fahrzeuge und Versicherungen

