



NOTFALL- MAPPE

Stadtverwaltung
Hohenstein-Ernstthal



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

diese Notfallmappe soll Ihnen und Ihren Angehörigen in unerwarteten Situationen eine wertvolle Unterstützung bieten. Hier haben Sie die Möglichkeit, wichtige Entscheidungen festzuhalten, Ihre Medikamente, relevante Adressen und Kontakte sowie vieles mehr einzutragen. So stellen Sie sicher, dass im Ernstfall nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen gehandelt werden kann.

Wir empfehlen Ihnen, den Inhalt dieser Mappe mit Sorgfalt und Ruhe auszufüllen und regelmäßig zu überprüfen, um die Aktualität der Informationen sicherzustellen. Bewahren Sie diese Mappe an einem leicht auffindbaren Ort auf und ziehen Sie in Betracht, einen Hinweis in Ihrem Zuhause anzubringen.

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Mappe ein Stück Sicherheit bieten zu können.
Bleiben Sie sicher!



Lars Kluge

Oberbürgermeister Hohenstein-Ernstthal

INHALT

Persönliche Daten

- Persönliche Daten
- Im Notfall benachrichtigen
- Wichtige Rufnummern
- Angehörige
- Berufliches

Ärzt/innen & Apotheken

- Hausarzt/in
- Facharzt/in
- Zahnarzt/in
- Apotheke

Krankenversicherung & Pflegekasse

- Krankenversicherung
- Pflegekasse
- Zusatzversicherungen
- Pflegegrad

Ärztliche Behandlungen

- Ambulante Behandlungen
- Stationäre Behandlungen
- Zahnärztliche Behandlungen

Medikamente

- Medikamente
- Blutgerinnungshemmende Substanzen
- Aufbewahrungsorte

Medizinische Unterlagen

- Blutgruppe
- Diabetes
- Impfnachweis
- Organspende
- Allergien
- Chronische Krankheiten
- Sonstiges

INHALT

Verfügungen

- Wichtige Informationen

Versicherung

- Sterbegeldversicherung
- Lebensversicherung
- Unfallversicherung
- Private Haftpflichtversicherung
- Hausratversicherung
- KFZ-Versicherung
- Gebäudeversicherung
- Bestattungsvorsorgevertrag

Vermögensaufstellung & Immobilien

- Sparkonten, Girokonten & Schließfächer
- Bausparvertrag und weitere Konten
- Wertgegenstände, Fahrzeuge
- Verbindlichkeiten, Wertpapiere & Aktien
- Immobilien, Mietverhältnisse, Wartung, Grundbuch

Renten & Mitgliedschaften

- Renten
- Mitgliedschaften

Sonstiges

- Krankenhauseinweisung

Haustiere

- Mein Haustier

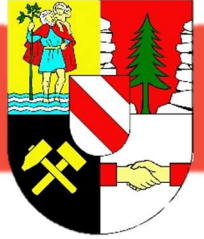
Nachlass/Bestattung

- Check-Liste für den Trauerfall
- Nachlassangelegenheiten
- Beerdigungswünsche

Anlagen

- Musterformulare Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht
- Aushang für die Wohnung
- Notfallpass zum Einstecken

Persönliche Daten & Kontakte



Persönliche Daten:

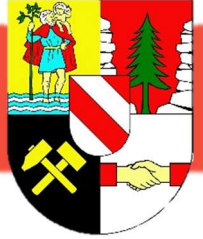
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon/Handy:	E-Mail-Adresse:
Blutgruppe:	Konfession:

Im Notfall benachrichtigen:

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon/Handy:	E-Mail-Adresse:

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon/Handy:	E-Mail-Adresse:

Persönliche Daten



Angehörige

Name:	Vorname:
Handy/Telefon:	Verhältnis:

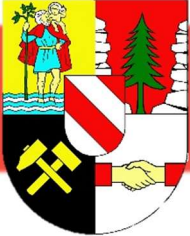
Name:	Vorname:
Handy/Telefon:	Verhältnis:

Name:	Vorname:
Handy/Telefon:	Verhältnis:

Name:	Vorname:
Handy/Telefon:	Verhältnis:

Name:	Vorname:
Handy/Telefon:	Verhältnis:

Persönliche Daten



Berufliches:

Beruf:

Arbeitgeber oder Firmenname (bei Selbstständigkeit):	
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon/Handy:	E-Mail-Adresse:
Steuer-ID:	

Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ärzt/innen und Apotheken



Hausarzt/in:

Name:	Telefon/Handy:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Ort:

Facharzt/in:

Name:	Telefon/Handy:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Ort:

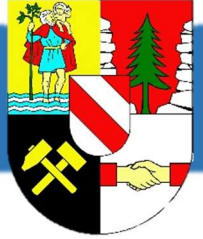
Zahnarzt/in:

Name:	Telefon/Handy:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Ort:

Apotheke:

Name:	Telefon/Handy:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Ort:

Ärzt/innen und Apotheken



Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krankenversicherung & Pflegekasse



Krankenversicherung:

Name der Versicherung:	Telefon:
Sitz:	Versichertennummer:
Versicherungskarte befindet sich bei:	

Pflegekasse:

Name der Versicherung:	Telefon:
Sitz:	Versichertennummer:

Zusatzversicherungen:

.....

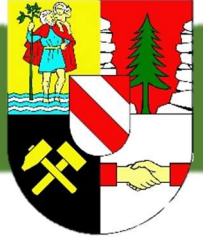
.....

.....

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 (zutreffendes ankreuzen)

Leistungsbescheid befindet sich bei:.....

Krankenversicherung & Pflegekasse



Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

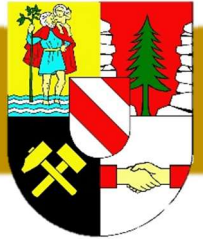
.....

.....

.....

.....

Ärztliche Behandlungen



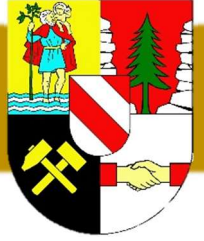
Ärztliche Behandlungen – ambulant:

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name und Ort des behandelnden Arztes

Ärztliche Behandlungen – stationär:

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name und Ort der Klinik:

Ärztliche Behandlungen



Zahnärztliche Behandlungen:

Datum von/bis	Grund/Diagnose	Name und Ort des behandelnden Arztes:

Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

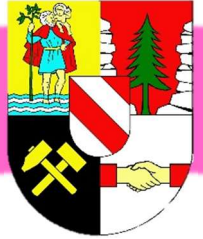
.....

.....

.....

.....

Medikamente



Medikamente:

Name	Darreichungsform	Einnahmezeit			

Blutgerinnungshemmende Substanzen:

.....

.....

.....

.....

Aufbewahrungsort:

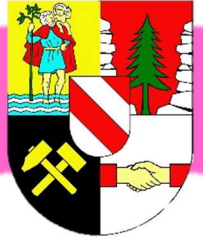
.....

.....

.....

.....

Medikamente



Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

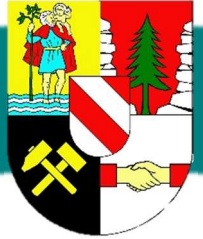
.....

.....

.....

.....

Medizinische Unterlagen



Blutgruppe:

Blutgruppe/Rhesusfaktor:

Blutspendeausweis: ja nein befindet sich bei:.....

Diabetes:

Diabetes: ja nein

Insulin: ja nein

Tabletten: ja nein

Diabetikerausweis: ja nein

Typ:.....

Name:.....

Name:.....

befindet sich bei:.....

Impfnachweis:

Impfbuch: ja nein

befindet sich bei:.....

Organspende:

Organspendeausweis: ja nein befindet sich bei:.....

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 _____

Organspendeausweis



nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

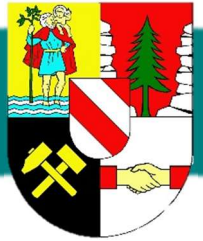
_____, _____ Geburtsdatum

_____, _____ PLZ, Wohnort



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

Medizinische Unterlagen



Allergien und Unverträglichkeiten:

.....

.....

.....

.....

.....

Chronische Krankheiten:

.....

.....

.....

.....

.....

Sonstiges: (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

Verfügungen



Es gibt drei Möglichkeiten schriftliche Willenserklärungen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit abgeben zu können:

- Betreuungsverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung

Musterformulare finden Sie in der Anlage und unter:

www.bmj.de/DE/service/formulare/formulare_muster_node.de

Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

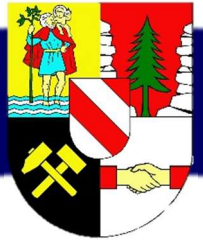
.....

.....

.....

.....

Versicherungen



Sterbegeldversicherung:

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

Lebensversicherung:

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

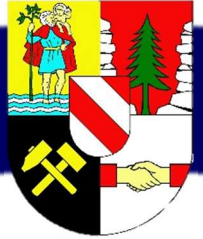
Unfallversicherung:

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

Private Haftpflichtversicherung:

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

Versicherungen



Hausratversicherung:

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

KFZ-Versicherung:

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

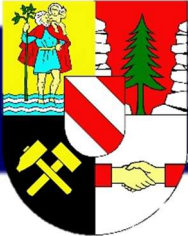
Gebäudeversicherung:

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

Bestattungsvorsorgevertrag:

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

Versicherungen



Weitere Versicherung:

Art der Versicherung:	
Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vertreter/in mit Anschrift und Telefonnummer:	

Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

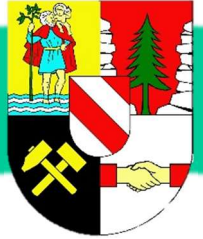
.....

.....

.....

.....

Vermögensaufstellung & Immobilien



Sparkonten, Girokonten & Schließfächer:

Sparkonten:

Bank:	Sparbuch/IBAN:
BIC:	
Sparbuch befindet sich bei:	
Bevollmächtigte Person:	

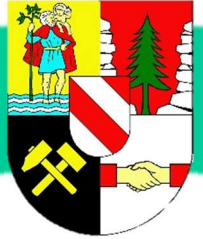
Girokonten:

Bank:	Girokonto/IBAN:
BIC:	
Bevollmächtigte Person:	

Schließfächer:

Bank:	Anschrift:
Schlüssel befindet sich bei:	
Zugangsberechtigte Person:	

Vermögensaufstellung & Immobilien



Bausparvertrag, weitere Konten

Bausparvertrag:

Anbieter:	Nummer:
Unterlagen befinden sich bei:	

Weitere Konten:

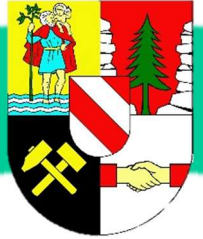
Kontoart:	Bank:
IBAN:	BIC:

Kontoart:	Bank:
IBAN:	BIC:

Kontoart:	Bank:
IBAN:	BIC:

Kontoart:	Bank:
IBAN:	BIC:

Vermögensaufstellung & Immobilien



Wertgegenstände, Fahrzeuge:

Besondere Wertgegenstände:

Art	Ort

Fahrzeuge:

Art	Kennzeichen	Standort

Verbindlichkeiten, Wertpapiere & Aktien:

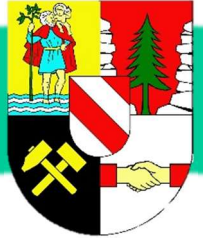
Wertpapiere & Aktien:

.....

.....

.....

Vermögensaufstellung & Immobilien



Forderungen, Beteiligungen, Bürgschaften, Genossenschaftsanteile:

.....

.....

.....

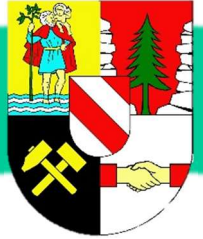
.....

.....

Verbindlichkeiten:

Geldgeber	Art	Betrag	Fälligkeit

Vermögensaufstellung & Immobilien



Immobilien, Mietverhältnisse, Wartung, Grundbucheintrag:

Immobilien & Grundstücke:

Die Unterlagen befinden sich bei:.....

Art	Gemarkung	Flurstück	Alleineigentümer*in Oder Miteigentümer*in

Mieten:

Name Vermieter/in	Telefonnummer:	Anschrift:	E-Mail-Adresse:

Vermietungen:

Name Mieter/in	Telefonnummer:	Anschrift:	E-Mail-Adresse:

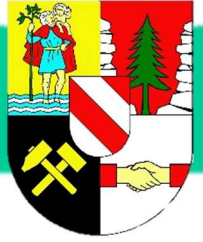
Wartung & Service:

.....

.....

.....

Vermögensaufstellung & Immobilien



Grundbucheintrag:

Grundbuchamt:..... **Grundbuchblatt Nr.**.....

Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

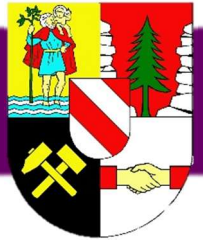
.....

.....

.....

.....

Renten & Mitgliedschaften



Renten:

Altersrente:

Versicherungsträger:.....

Versicherungsnummer:.....

Zusatz- oder Betriebsrenten:

Versicherungsträger:.....

Versicherungsnummer:.....

Hinterbliebenenrente:

Versicherungsträger:.....

Versicherungsnummer:.....

Private Rentenversicherung:

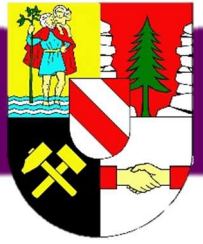
Versicherungsträger:.....

Versicherungsnummer:.....

Sonstige Renten:

Art	Träger	Versicherungsnummer

Renten & Mitgliedschaften



Mitgliedschaften & Abonnements: (Vereine, Zeitungen, Spenden...)

Name:	Art:
Nummer/Unterlagen:	

Name:	Art:
Nummer/Unterlagen:	

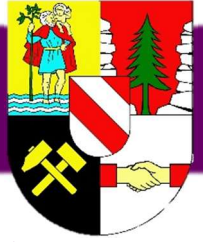
Name:	Art:
Nummer/Unterlagen:	

Name:	Art:
Nummer/Unterlagen:	

Name:	Art:
Nummer/Unterlagen:	

Name:	Art:
Nummer/Unterlagen:	

Renten & Mitgliedschaften



Online Mitgliedschaften & Abonnements: (Online-Portale, Streamingdienste)

Dienst:	Anmeldedaten:
Kennwort:	

Dienst:	Anmeldedaten:
Kennwort:	

Dienst:	Anmeldedaten:
Kennwort:	

Dienst:	Anmeldedaten:
Kennwort:	

Weitere wichtige Informationen oder Notizen:

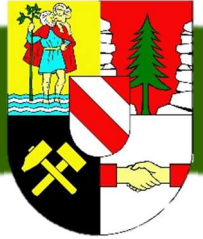
.....

.....

.....

.....

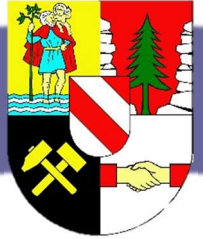
.....



Check-Liste für eine Krankenhausweinweisung:

- Bei der Anforderung eines Krankentransportes unbedingt darauf achten die genaue Beschreibung des Anfahrtsweges und der Zugangsmöglichkeiten mitzuteilen!
- Das Außenlicht bei Dunkelheit einschalten!
- Die Versichertenkarte und die ärztliche Transport- & Krankenhauseinweisung bereithalten!
- Bei liegenden Patienten den Weg zum Krankenbett möglichst frei machen!
- Wichtige Dokumente, wie Medikamentenplan, Personalausweis, Bargeld und EC-Karte mitnehmen!
- Toilettenartikel, Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel und Hausschuhe einpacken!
- Wichtige Hilfsmittel, wie Brille, Hörgerät, Prothese oder Gehhilfe einpacken!
- Anschriften und Telefonnummern der Kontaktpersonen/nächsten Angehörigen notieren!
- Haus-/Wohnungsschlüssel mitnehmen!
- Nachbar/innen informieren (Blumengießen, Post abholen etc.)
- Ggf. Pflegedienst informieren!

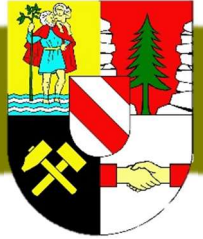
Haustiere



Mein Haustier:

Tierart:	Name:
Besitzer:	Notfallunterkunft:
Futter:	Tierarzt:
Zu beachten:	Heimtierausweis befindet sich bei:

Nachlass / Bestattung



Nachlassangelegenheiten

Sollte ein Testament vorhanden sein, so ist dies beim zuständigen Amtsgericht anzugeben. Dort muss auch der Erbschein beantragt werden, wenn dieser benötigt wird.

Mein Testament befindet sich bei:

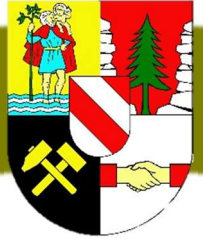
.....
.....
.....

Wünsche für meine Beerdigung

Art der Bestattung:	Einkleidung meines Körpers
Sarg, Sargausstattung, Urne	Trauerfeier, Ort
Trauerredner/in	Musik zur Trauerfeier

Besondere Wünsche:

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



Check-Liste bei einem Todesfall:

- Bei Todesfällen Zuhause einen Arzt (Hausarzt oder 112) verständigen zur Ausstellung der Todesbescheinigung
- Nächste Angehörige informieren
- Bestattungsinstitut auswählen
- Welche Beisetzung wird gewünscht?
- Eventuell Todesanzeige bei der Zeitung aufgeben
- Umgehend die Lebens- sowie Sterbeversicherungen schriftlich über den Todesfall informieren
- Mitteilung an Bank über den Todesfall
- Andere Versicherungen benachrichtigen
- Laufende Verträge sollten gekündigt werden.
- Vereine oder ähnliches benachrichtigen
- Witwen-/Witwerrente beantragen

Anlagen:

Aushang für Ihr Zuhause:



IM NOTFALL BEACHTEN!!

Meine Notfallmappe befindet sich:

Notfallkontakte:

Name, Vorname: _____	Name, Vorname: _____
Rufnummer: _____	Rufnummer: _____

2

.....
Aufbewahrungsort

.....
Name, Vorname

Kontaktperson 2

.....
Telefon

.....
Name, Vorname

Kontaktperson 1

.....
Telefon

Medikamente:

.....

.....

Ein Notfallschlüssel befindet sich bei: (Name, Anschrift, Telefonnummer)

.....

.....

.....

Herausgeber
Verbraucherzentrale
Hessen e. V.
Große Friedberger Str. 13 – 17
60313 Frankfurt
Stand: März 2023

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname


Organspendeausweis


Patientenverfügung

.....
Betreuungsverfügung

.....
Ich habe eine(n)

verbraucherzentrale



3 

2

1

1

- Drucken Sie die Notfallkarte im Format DIN A4 aus.
- Falten Sie den Ausdruck zuerst entlang der mit 1 markierten Pfeile. Sie können die beiden Kartenseiten zusammenkleben.
- Nun falten Sie entlang der mit 2 markierten Pfeile.
- Zuletzt schneiden Sie entlang der durchgezogenen grünen Linie (3), um eine Karte im Scheckkarten-Format zu erhalten.
- Tragen Sie Ihre persönlichen Notfall-Daten ein. Die Karte passt in Ihr Portemonnaie. So haben Sie sie immer bei sich.

Bitte sorgfältig lesen!

**SCHRIFTLICHE WILLENSERKLÄRUNGEN ALS AUSDRUCK DER SELBSTBESTIMMUNG,
WENN SIE SELBST DAZU NICHT MEHR IN DER LAGE SIND**
(mit Musterformularen)

	PATIENTENVERFÜGUNG	BETREUUNGSVERFÜGUNG	VORSORGEVOLLMACHT
Zielsetzung	Bekundung eigener Wünsche in Bezug auf noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe für den Fall eigener Einwilligungsunfähigkeit. Dem Willen des Verfügenden ist durch Ärzte und Betreuer Geltung zu verschaffen. Passt der geäußerte Wille nicht zu einer Behandlungssituation, kann die Patientenverfügung Hilfestellung geben um den mutmaßlichen Willen zu ermitteln.	Vorschlag des Patienten für das Betreuungsgericht. Benennung einer Person des eigenen Vertrauens für den Fall, dass das Gericht wegen eigener Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit einen Betreuer einsetzt. Bekundung der Wünsche zur Auswahl des Betreuers und zur Wahrnehmung der Betreuung im Einzelnen, auch im Hinblick auf eine Patientenverfügung.	Bevollmächtigung einer Person des Vertrauens, die im Fall eigener Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit für den Vollmachtgeber handelt und entscheidet. Wer nicht sicher ist, ob er der Person, die bevollmächtigt werden soll, wirklich vertrauen kann, sollte ihr keine Vollmacht erteilen. In diesem Fall ist es besser, mit einer Betreuungsverfügung die Person zu bestimmen, die als rechtlicher Betreuer bestellt werden soll.
Rechtlicher Rahmen	Betreuer oder Bevollmächtigter prüft, ob die Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, § 1827 Abs. 1, 6 BGB. Ist dies der Fall, hat der Betreuer oder Bevollmächtigte dem Willen des Verfügenden Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist, § 1828 Abs. 1 BGB. Verbindlichkeit der Verfügung ist unabhängig vom Krankheitsstadium, § 1827 Abs. 3 BGB Freiwilligkeit, § 1827 Abs. 5 BGB.	Wünscht der Volljährige eine bestimmte Person als Betreuer, so ist diesem Wunsch durch das Gericht zu entsprechen, es sei denn, die gewünschte Person ist zur Führung der Betreuung nicht geeignet, § 1816 Abs. 2 BGB. Einer Betreuung bedarf es bspw. bei schwerwiegenden medizinischen Maßnahmen, Unterbringung, ärztlichen Zwangsbehandlungen, §§ 1831, 1832 BGB. Dann sollen Vorschläge des Betreuungsbedürftigen vorrangig Berücksichtigung finden.	Wahrnehmung der entsprechenden Angelegenheiten durch den Bevollmächtigten im Rahmen der Vollmacht. Bestellung durch Betreuungsgericht entfällt, § 1820 BGB. Genehmigungspflicht des Betreuungsgerichts bei schwerwiegenden medizinischen Maßnahmen und Unterbringungen, ärztlichen Zwangsbehandlungen nach §§ 1831 und 1832 BGB sowie Uneinigkeit Arzt/Bevollmächtigter. Anordnung einer Betreuung bei Nichteignung des Bevollmächtigten oder Ergänzungsbedürftigkeit einer unklaren, unvollständigen Vorsorgevollmacht. Geltungsbereich: auch über den Tod hinaus möglich!
Formale Erfordernisse	Für alle Vorsorgedokumente gilt: Einwilligungsfähigkeit, Volljährigkeit, Schriftlichkeit, Eigenhändige Unterschrift. Ein Zeuge für den Vollbesitz der geistigen Kräfte beim Verfassen der Dokumente ist sinnvoll. Eine Aktualisierung der Unterschrift für die Gültigkeit der Vorsorgedokumente ist nicht notwendig. Insbesondere bei der Patientenverfügung ist eine regelmäßige Aktualisierung der Unterschrift sinnvoll, um der Gültigkeit der Verfügung Nachdruck zu verleihen. Notarielle Beurkundung: nur bei der Vorsorgevollmacht empfohlen, insbesondere wenn im vermögensrechtlichen Bereich eine umfassendere Vollmacht erteilt werden soll. <u>Banken und Sparkassen</u> verlangen oft eigene Formulare (erfragen).		
Änderungen/ Widerruf	Änderungen: Nichtzutreffendes durchstreichen (kein Tipp-Ex), handschriftliche Ergänzungen sind im Musterformular immer möglich. Aktualisierungen oder Änderungen sollten mit zusätzlicher Unterschrift und Datum versehen werden. Widerruf: Im einwilligungsfähigen Zustand jederzeit formlos, auch mündlich möglich, zusätzlich Einzug/Vernichtung der Dokumente.		
Aufbewahrung	Bei den persönlichen Unterlagen, bei Angehörigen oder Freunden, eventuell beim Hausarzt. Übergabe bei Klinikaufnahme oder bei Umzug ins Pflegeheim.	Einreichungspflicht beim Betreuungsgericht spätestens bei Kenntnis der Einleitung eines Betreuungsverfahrens. Entsprechende Aufbewahrung und Auffindbarkeit.	Bei den persönlichen Unterlagen, beim Bevollmächtigten selbst oder einer anderen Vertrauensperson.

**Es ist empfehlenswert, immer einen Hinweis auf den Aufbewahrungsort bei sich zu führen (Muster zum Ausschneiden).
Eine Registrierung aller drei Dokumente beim Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer ist möglich.
Im Anwendungsfall ist ein Vorzeigen der Dokumente im ORIGINAL erforderlich.**

Beachte! Bei den Formularen der Sächsischen Landesärztekammer handelt es sich um Musterformulare, die durch Streichung von Passagen oder Ergänzungen entsprechend des Willens des Erstellers geändert werden können. Um Widersprüche in der Erklärung zu vermeiden, empfehlen wir bei Zweifeln eine ärztliche oder ggf. notarielle Beratung im Einzelfall. Es wird jegliche Haftung ausgeschlossen.
Wichtige Vorschriften als Anlage.

Betreuungsverfügung von:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon und/oder weitere Kontaktinformationen: _____



BETREUUNGSVERFÜGUNG

Für den Fall, dass für mich eine gerichtliche Betreuung eingerichtet werden muss, möchte ich, dass

Name: _____ Geburtsdatum: _____

wohnhaft: _____ Telefon: _____

ersatzweise

Name: _____ Geburtsdatum: _____

wohnhaft: _____ Telefon: _____

diese Aufgabe übernimmt.

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

Sonstige Wünsche: _____

Datum und Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers: _____

Zeugen: (Die Unterschrift von Zeugen ist für die Wirksamkeit der Verfügung nicht erforderlich, erhöht aber die Beweiskraft).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass Frau/Herr _____ die Verfügung frei in seiner/ihrer Entscheidung und im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat.

Unterschrift(en) des/der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzlich Angabe des Namens, des Geburtsdatums und der Adresse:

Patientenverfügung von:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon und/oder weitere Kontaktinformationen: _____

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Wenn (Zutreffendes/Gewünschtes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

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, nach ärztlicher Einschätzung 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. bei Demenzerkrankung) auch mit andauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,

wenn die nachfolgend genannte Situation eintritt (eigene Beschreibung einer konkreten Lebens- und Behandlungssituation, bestimmter Krankheitszustand/bestimmte Verschlechterung einer bekannten Grunderkrankung)

treffe ich folgende persönliche Entscheidung:

(Zutreffendes/Gewünschtes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich):

1. Lebenserhaltende Maßnahmen

Ich möchte keine festen Regelungen dazu treffen.

Unter den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situationen wünsche ich,

dass sämtliche medizinisch machbaren und sinnvollen Maßnahmen (bei medizinischer Indikation) ergriffen werden, um mein Leben aufrechtzuerhalten.

dass jegliche lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeiten. Ich erwarte fachgerechte Pflege für Mund und Schleimhäute und die Linderung von Schmerzen, Atembeschwerden, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen.

2. Begleitsymptome, wie Schmerzen, Atemnot oder Übelkeit

Ich möchte keine festen Regelungen dazu treffen.

In den oben bezeichneten Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

jedoch ohne den Einsatz von Medikamenten, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung (z. B. palliative Sedierung). Das Risiko einer Verkürzung meines Lebens durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen ist mir dabei bewusst.

3. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr Ich möchte keine festen Regelungen dazu treffen.

In den oben bezeichneten Situationen

- soll eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt werden,
- sofern dies zur Verlängerung meines Lebens beiträgt.
 - ausschließlich in palliativmedizinisch gerechtfertigten Fällen zur Linderung von Beschwerden.

soll keine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt werden. Das gilt unabhängig von der Art der künstlichen Zuführung, z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge.

4. Wiederbelebung Ich möchte keine festen Regelungen dazu treffen.

In den oben bezeichneten Situationen

- lehne ich Wiederbelebungsversuche ab.
- wünsche ich, dass Wiederbelebungsversuche unternommen werden.
- wünsche ich, dass Notärzte nicht verständigt werden bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

Nicht nur in den genannten Situationen, sondern auch bei jeglichem Auftreten von Herzstillstand oder Atemversagen

- wünsche ich, dass Wiederbelebungsversuche unternommen werden.
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situation nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. OP) unerwartet eintreten.

5. Künstliche Beatmung Ich möchte keine festen Regelungen dazu treffen.

In den oben bezeichneten Situationen wünsche ich,

- dass künstliche Beatmung mit Hilfe einer Intubation (Einlegen eines Kunststoffschlauches in die Luftröhre) angewandt wird (sogenannte invasive Beatmung), sofern dadurch mein Leben verlängert werden kann.
- dass nur künstliche Beatmung über eine Gesichtsmaske oder ein ähnliches Instrument zur Atemunterstützung zur Anwendung kommt (sogenannte nichtinvasive Beatmung).
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt wird oder eine bereits begonnene Beatmung beendet wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung von Atemnot erhalte. Dabei nehme ich die Möglichkeit einer beeinträchtigten Bewusstseinslage oder einer unbeabsichtigten Verkürzung meiner Lebensdauer durch diese Medikamente in Kauf.

6. Dialyse, Antibiotika, Blut /Blutbestandteile Ich möchte keine festen Regelungen dazu treffen.

In den oben bezeichneten Situationen wünsche ich,

- dass keine Dialyse stattfinden soll. Eine bereits eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.
- dass eine Dialyse stattfinden soll, sofern dies zur Verlängerung meines Lebens beiträgt.
- dass keine Gabe von Antibiotika erfolgen soll.
- dass eine Gabe von Antibiotika stattfinden soll,
- sofern dies zur Verlängerung meines Lebens beiträgt.
 - ausschließlich in palliativmedizinisch gerechtfertigten Fällen zur Linderung von Beschwerden.

- dass keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen erfolgen soll.
- dass eine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen erfolgen soll,
- sofern dies zur Verlängerung meines Lebens beiträgt.
 - ausschließlich in palliativmedizinisch gerechtfertigten Fällen zur Linderung von Beschwerden.

7. Angaben zur Organspende Ich möchte keine festen Regelungen dazu treffen.

- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt. Aufbewahrungsort: _____
- Elektronisch im Organspenderegister eingetragen.

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen und Geweben zur Transplantation in Frage kommt,

- erlaube ich uneingeschränkt die Entnahme von Organen und Gewebe.
- erlaube ich eine eingeschränkte Organ- und Gewebeentnahme. Ausgenommen sind folgende Organe:
- _____

Mir ist bewusst, dass Organe nur bei Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, gestatte ich die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

erlaube ich **keine** Entnahme von Organen und Gewebe.

Über JA oder NEIN soll folgende Person entscheiden: _____
_____ (Name, Anschrift, Tel.)

8. Ort der Behandlung und des Sterbens

- Wenn möglich, möchte ich zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.
 zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
 in einem Hospiz sterben.
 sonstige Wünsche:

9. Beistand

Ich wünsche mir persönlichen Beistand z.B. _____ (Name und Telefonnummer).

Ich wünsche mir seelsorgerlichen /geistlichen Beistand entsprechend meiner Religionszugehörigkeit
_____ z.B. durch _____ (Name und Telefonnummer).

10. Obduktion

Mit einer Obduktion zur Befundklärung bin ich einverstanden. Ja Nein ich möchte hierzu keine Regelung treffen.

11. Weitere Informationen und Hinweise

Mit weiteren Ausführungen und Wertvorstellungen (ggf. als Anhang zu dieser Erklärung) möchte ich eine Hilfestellung zum besseren Verständnis oder einer erforderlichen Auslegung meiner Patientenverfügung geben: *(Was denke ich über mein Leben? Was denke ich über mein Sterben? Was macht mir Angst? Was hilft mir?)*

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen (Name, Anschrift, Kontaktdaten):

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Betreuungsvollmacht** zur Auswahl eines Betreuers durch das Gericht und den Inhalt mit dem von mir gewünschten Betreuer besprochen (Name, Anschrift, Kontaktdaten):

Eine **Beratung** zum Erstellen dieser Patientenverfügung ist durch

----- (z.B. Arzt, Betreuungsverein) am ----- (Datum) erfolgt.

Ich entbinde ----- für Fragen der Auslegung meiner Verfügungen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin enthaltenen Entscheidungen bewusst.

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum und Unterschrift:

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat (Aktualisierung):

Ort, Datum und Unterschrift:

Ort, Datum und Unterschrift:

Ort, Datum und Unterschrift:

Zeugen: *(Die Unterschrift ist für die Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht erforderlich, erhöht jedoch deren Beweiskraft).*

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass Frau/Herr ----- die Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat.

(Unterschrift(en) des/der Zeugen mit Ort und Datum, Zusätzlich bitte Angabe des Namens, des Geburtsdatums und der Adresse. Unterschrift und Stempel eines Arztes, bspw. des Hausarztes, wird empfohlen.)

Ort/Datum: -----

Zeuge(n): -----

Vorsorgevollmacht von:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon und/oder weitere Kontaktinformationen: _____

VORSORGEVOLLMACHT

Für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bevollmächtige ich gemäß § 1820 BGB

Name: _____ Geburtsdatum, -ort: _____

wohnhaft: _____ Telefon, ggf. weitere Kontakte: _____

ersatzweise

Name: _____ Geburtsdatum, -ort: _____

wohnhaft: _____ Telefon, ggf. weitere Kontakte: _____

I. Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet diese Person(en), meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht umfasst folgende Inhalte:

a) Gesundheitssorge (Zutreffendes/Gewünschtes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Entscheidungen in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege und die Durchsetzung meines in einer Patientenverfügung festgelegten Willens.

Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, 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 (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).

Einsichtnahme in meine Krankenunterlagen und Herausgabe von Kopien 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.

Solange es erforderlich ist, darf die bevollmächtigte Person ...

... über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB) entscheiden. ja nein

... über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) entscheiden. ja nein

... über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB) entscheiden. ja nein

... über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB) entscheiden. ja nein

... über weitere Sachverhalte entscheiden:

b) Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Bestimmung meines Aufenthaltes

- ja
- nein

Wahrnehmung von Rechten und Pflichten aus einem Mietvertrag / einer Wohnungseigentümergeinschaft einschließlich Kündigung der Mietwohnung und Auflösung des Haushalts

- ja
- nein

Abschluss eines neuen Wohnungsmietvertrages und Kündigung

- ja
- nein

Abschluss eines Vertrages nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) und Kündigung

- ja
- nein
- weitere Sachverhalte:

c) Behörden

Vertretung bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern, Versorgungswerken usw.

- ja
- nein

d) Vermögenssorge

Vermögensverwaltung und Vornahme aller Rechtshandlungen im In- und Ausland, Abgabe und Annahme von Erklärungen aller Art, Anträge stellen, ändern, zurücknehmen

- ja
- nein
- Einschränkungen/Bedingungen:

Verfügung über Vermögensgegenstände (**Achtung Beratungsbedarf:** Bestimmte Geschäfte benötigen besondere Form, z.B. Immobilien, Darlehen, Handelsgewerbe)

- ja
- nein
- Einschränkungen/Bedingungen:

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

- ja
- nein

Eingehen von Verbindlichkeiten (Schulden)

- ja
- nein

Willenserklärungen für Konto, Depot und Banktresore; Vertretung im Geschäftsverkehr mit Banken und Sparkassen
(**Achtung:** oft eigene Formulare und Vollmachten der Banken und Sparkassen)

- ja
 nein

e) Post und Fernmeldeverkehr

Entgegennahme und Öffnung von für mich bestimmter Post sowie Entscheidungen über den Fernmeldeverkehr einschließlich Abgabe von hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen).

- ja
 nein

f) Vertretung vor Gericht und Prozesshandlungen aller Art

- ja
 nein

g) Erteilung von Untervollmachten

- ja
 nein

h) Geltung der Vollmacht über den Tod hinaus

- ja
 nein

Sonstige Wünsche oder Einschränkungen:

II. Wirksamkeit und Widerruf der Vollmacht

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen, zu ändern und/oder zu aktualisieren. Es gilt dann die zuletzt erstellte Version.

III. Erforderlichkeit einer gesetzlichen Betreuung

Sollte trotz dieser Vollmacht die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers durch das Betreuungsgericht erforderlich sein, soll die oben bezeichnete Person als Betreuer bestellt werden.

- ja
 nein

Alternativ schlage ich für die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers vor:

Name: _____ Geburtsdatum und -ort: _____

wohnhafte: _____ Telefon, ggf. weitere Kontakte: _____

**Datum, Unterschrift der Vollmachtnehmerin
/des Vollmachtnehmers**

**Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des
Vollmachtgebers**

Ich/Wir bestätige(n) mit meiner/unserer Unterschrift, dass Frau/Herr _____
die Vorsorgevollmacht im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat.

(Unterschrift(en) des/der Zeugen mit Ort und Datum, Zusätzlich bitte Angabe des Namens, des Geburtsdatums und der Adresse. Unterschrift und Stempel eines Arztes, bspw. des Hausarztes, wird empfohlen.)

Ort/Datum: _____ **Zeuge(n):** _____

Hinweiskarte zur Aufbewahrung bei den Ausweispapieren

(Bitte ausschneiden)

Ich habe eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung (Nichtzutreffendes bitte streichen.) Name: _____ Anschrift: _____	Bitte setzen Sie sich mit der Person meines Vertrauens in Verbindung. Name: _____ Anschrift: _____ Telefon/weitere Kontakte: _____
--	---

Anlage

Ausgewählte Vorschriften des BGB zur Betreuung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, Stand Februar 2024, abrufbar unter: www.gesetze-im-internet.de

§ 1358 Gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge

(1) Kann ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge rechtlich nicht besorgen (vertreter Ehegatte), ist der andere Ehegatte (vertretender Ehegatte) berechtigt, für den vertretenen Ehegatten

1. in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einzuwilligen oder sie zu untersagen sowie ärztliche Aufklärungen entgegenzunehmen,
2. Behandlungsverträge, Krankenhausverträge oder Verträge über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und der Pflege abzuschließen und durchzusetzen,
3. über Maßnahmen nach § 1831 Absatz 4 zu entscheiden, sofern die Dauer der Maßnahme im Einzelfall sechs Wochen nicht überschreitet, und
4. Ansprüche, die dem vertretenen Ehegatten aus Anlass der Erkrankung gegenüber Dritten zustehen, geltend zu machen und an die Leistungserbringer aus den Verträgen nach Nummer 2 abzutreten oder Zahlung an diese zu verlangen.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 und hinsichtlich der in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Angelegenheiten sind behandelnde Ärzte gegenüber dem vertretenden Ehegatten von ihrer Schweigepflicht entbunden. Dieser darf die diese Angelegenheiten betreffenden Krankenunterlagen einsehen und ihre Weitergabe an Dritte bewilligen.

(3) Die Berechtigungen nach den Absätzen 1 und 2 bestehen nicht, wenn

1. die Ehegatten getrennt leben,
2. dem vertretenden Ehegatten oder dem behandelnden Arzt bekannt ist, dass der vertretene Ehegatte
 - a) eine Vertretung durch ihn in den in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Angelegenheiten ablehnt oder
 - b) jemanden zur Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, soweit diese Vollmacht die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst,
3. für den vertretenen Ehegatten ein Betreuer bestellt ist, soweit dessen Aufgabenkreis die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst, oder
4. die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht mehr vorliegen oder mehr als sechs Monate seitdem durch den Arzt nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 festgestellten Zeitpunkt vergangen sind.

(4) Der Arzt, gegenüber dem das Vertretungsrecht ausgeübt wird, hat

1. das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 und den Zeitpunkt, zu dem diese spätestens eingetreten sind, schriftlich zu bestätigen,
2. dem vertretenden Ehegatten die Bestätigung nach Nummer 1 mit einer schriftlichen Erklärung über das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 und das Nichtvorliegen der Ausschlussgründe des Absatzes 3 vorzulegen und
3. sich von dem vertretenden Ehegatten schriftlich versichern zu lassen, dass
 - a) das Vertretungsrecht wegen der Bewusstlosigkeit oder Krankheit, aufgrund derer der Ehegatte seine Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge rechtlich nicht besorgen kann, bisher nicht ausgeübt wurde und
 - b) kein Ausschlussgrund des Absatzes 3 vorliegt.

Das Dokument mit der Bestätigung nach Satz 1 Nummer 1 und der Versicherung nach Satz 1 Nummer 3 ist dem vertretenden Ehegatten für die weitere Ausübung des Vertretungsrechts auszuhändigen.

(5) Das Vertretungsrecht darf ab der Bestellung eines Betreuers, dessen Aufgabenkreis die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst, nicht mehr ausgeübt werden.

(6) § 1821 Absatz 2 bis 4, § 1827 Absatz 1 bis 3, § 1828 Absatz 1 und 2, § 1829 Absatz 1 bis 4 sowie § 1831 Absatz 4 in Verbindung mit Absatz 2 gelten entsprechend.

§ 1814 Voraussetzungen

(1) Kann ein Volljähriger seine Angelegenheiten ganz oder teilweise rechtlich nicht besorgen und beruht dies auf einer Krankheit oder Behinderung, so bestellt das Betreuungsgericht für ihn einen rechtlichen Betreuer (Betreuer).

(2) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.

(3) Ein Betreuer darf nur bestellt werden, wenn dies erforderlich ist. Die Bestellung eines Betreuers ist insbesondere nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen

1. durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1816 Absatz 6 bezeichneten Personen gehört, gleichermaßen besorgt werden können oder
2. durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, erledigt werden können, insbesondere durch solche Unterstützung, die auf sozialen Rechten oder anderen Vorschriften beruht.

(4) Die Bestellung eines Betreuers erfolgt auf Antrag des Volljährigen oder von Amts wegen. Soweit der Volljährige seine Angelegenheiten lediglich aufgrund einer körperlichen Krankheit oder Behinderung nicht besorgen kann, darf ein Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(5) Ein Betreuer kann auch für einen Minderjährigen, der das 17. Lebensjahr vollendet hat, bestellt werden, wenn anzunehmen ist, dass die Bestellung eines Betreuers bei Eintritt der Volljährigkeit erforderlich sein wird. Die Bestellung des Betreuers wird erst mit dem Eintritt der Volljährigkeit wirksam.

§ 1816 Eignung und Auswahl des Betreuers; Berücksichtigung der Wünsche des Volljährigen

(1) Das Betreuungsgericht bestellt einen Betreuer, der geeignet ist, in dem gerichtlich angeordneten Aufgabenkreis die Angelegenheiten des Betreuten nach Maßgabe des § 1821 rechtlich zu besorgen und insbesondere in dem hierfür erforderlichen Umfang persönlichen Kontakt mit dem Betreuten zu halten.

(2) Wünscht der Volljährige eine Person als Betreuer, so ist diesem Wunsch zu entsprechen, es sei denn, die gewünschte Person ist zur Führung der Betreuung nach Absatz 1 nicht geeignet. Lehnt der Volljährige eine bestimmte Person als Betreuer ab, so ist diesem Wunsch zu entsprechen, es sei denn, die Ablehnung bezieht sich nicht auf die Person des Betreuers, sondern auf die Bestellung eines Betreuers als solche. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Wünsche, die der Volljährige vor Einleitung des Betreuungsverfahrens geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen erkennbar nicht festhalten will. Wer von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers für einen Volljährigen Kenntnis erlangt und ein Dokument besitzt, in dem der Volljährige für den Fall, dass für ihn ein Betreuer bestellt werden muss, Wünsche zur Auswahl des Betreuers oder zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat (Betreuungsverfügung), hat die Betreuungsverfügung dem Betreuungsgericht zu übermitteln.

(3) Schlägt der Volljährige niemanden vor, der zum Betreuer bestellt werden kann oder ist die gewünschte Person nicht geeignet, so sind bei der Auswahl des Betreuers die familiären Beziehungen des Volljährigen, insbesondere zum Ehegatten, zu Eltern und zu Kindern, seine persönlichen Bindungen sowie die Gefahr von Interessenkonflikten zu berücksichtigen.

(4) Eine Person, die keine familiäre Beziehung oder persönliche Bindung zu dem Volljährigen hat, soll nur dann zum ehrenamtlichen Betreuer bestellt werden, wenn sie mit einem nach § 14 des Betreuungsorganisationsgesetzes anerkannten Betreuungsverein oder mit der zuständigen Behörde eine Vereinbarung über eine Begleitung und Unterstützung gemäß § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 oder § 5 Absatz 2 Satz 3 des Betreuungsorganisationsgesetzes geschlossen hat.

(5) Ein beruflicher Betreuer nach § 19 Absatz 2 des Betreuungsorganisationsgesetzes soll nur dann zum Betreuer bestellt werden, wenn keine geeignete Person für die ehrenamtliche Führung der Betreuung zur Verfügung steht. Bei der Entscheidung, ob ein bestimmter beruflicher Betreuer bestellt wird, sind die Anzahl und der Umfang der bereits von diesem zu führenden Betreuungen zu berücksichtigen.

(6) Eine Person, die zu einem Träger von Einrichtungen oder Diensten, der in der Versorgung des Volljährigen tätig ist, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden. Dies gilt nicht, wenn im Einzelfall die konkrete Gefahr einer Interessenkollision nicht besteht.

§ 1820 Vorsorgevollmacht und Kontrollbetreuung

(1) Wer von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers für einen Volljährigen Kenntnis erlangt und ein Dokument besitzt, in dem der Volljährige eine andere Person mit der Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, hat das Betreuungsgericht hierüber unverzüglich zu unterrichten. Das Betreuungsgericht kann die Vorlage einer Abschrift verlangen.

(2) Folgende Maßnahmen eines Bevollmächtigten setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst:

1. die Einwilligung sowie ihr Widerruf oder die Nichteinwilligung in Maßnahmen nach § 1829 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2,
2. die Unterbringung nach § 1831 und die Einwilligung in Maßnahmen nach § 1831 Absatz 4,
3. die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 und die Verbringung nach § 1832 Absatz 4.

(3) Das Betreuungsgericht bestellt einen Kontrollbetreuer, wenn die Bestellung erforderlich ist, weil

1. der Vollmachtgeber aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr in der Lage ist, seine Rechte gegenüber dem Bevollmächtigten auszuüben, und
2. aufgrund konkreter Anhaltspunkte davon auszugehen ist, dass der Bevollmächtigte die Angelegenheiten des Vollmachtgebers nicht entsprechend der Vereinbarung oder dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Vollmachtgebers besorgt.

(4) Das Betreuungsgericht kann anordnen, dass der Bevollmächtigte die ihm erteilte Vollmacht nicht ausüben darf und die Vollmachtsurkunde an den Betreuer herauszugeben hat, wenn

1. die dringende Gefahr besteht, dass der Bevollmächtigte nicht den Wünschen des Vollmachtgebers entsprechend handelt und dadurch die Person des Vollmachtgebers oder dessen Vermögen erheblich gefährdet oder
2. der Bevollmächtigte den Betreuer bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben behindert.

Liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht mehr vor, hat das Betreuungsgericht die Anordnung aufzuheben und den Betreuer zu verpflichten, dem Bevollmächtigten die Vollmachtsurkunde herauszugeben, wenn die Vollmacht nicht erloschen ist.

(5) Der Betreuer darf eine Vollmacht oder einen Teil einer Vollmacht, die den Bevollmächtigten zu Maßnahmen der Personensorge oder zu Maßnahmen in wesentlichen Bereichen der Vermögenssorge ermächtigt, nur widerrufen, wenn das Festhalten an der Vollmacht eine künftige Verletzung der Person oder des Vermögens des Betreuten mit hinreichender Wahrscheinlichkeit und in erheblicher Schwere befürchten lässt und mildere Maßnahmen nicht zur Abwehr eines Schadens für den Betreuten geeignet erscheinen. Der Widerruf bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Mit der Genehmigung des Widerrufs einer Vollmacht kann das Betreuungsgericht die Herausgabe der Vollmachtsurkunde an den Betreuer anordnen.

§ 1827 Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betreuten zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betreuten zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Der Betreuer soll den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen.

(5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(6) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

§ 1828 Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

- (1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1827 zu treffende Entscheidung.
- (2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1827 Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1827 Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

§ 1829 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

- (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.
- (2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.
- (3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.
- (4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1827 festgestellten Willen des Betreuten entspricht.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 1 für einen Bevollmächtigten entsprechend.

§ 1831 Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen

- (1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie erforderlich ist, weil
 1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
 2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- (2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.
- (3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 2 für einen Bevollmächtigten entsprechend.

§ 1832 Ärztliche Zwangsmaßnahmen

- (1) Widerspricht eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in die ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen, wenn
 1. die ärztliche Zwangsmaßnahme notwendig ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden vom Betreuten abzuwenden,
 2. der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
 3. die ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1827 zu beachtenden Willen des Betreuten entspricht,
 4. zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
 5. der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann,
 6. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt und
 7. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird.

§ 1867 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

- (2) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts.
- (3) Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Kommt eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht, so gilt für die Verbringung des Betreuten gegen seinen natürlichen Willen zu einem stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus § 1831 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 2 und 3 Satz 1 entsprechend.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 3 für einen Bevollmächtigten entsprechend.