

---

# NOTFALLMAPPE

(Name, Vorname)



**Samtgemeinde Bersenbrück**

## Vorwort

Liebe Bürgerinnen und liebe Bürger,

der Inhalt dieser Notfallmappe soll Ihnen und den nächsten Menschen in Ihrem Umfeld helfen, in Notsituationen besser vorbereitet reagieren zu können.

Wichtige Telefonnummern für Notfälle finden Sie gleich auf Seite 3 sowie weitere Möglichkeiten für eigene Einträge.

Nutzen Sie außerdem die nächsten Vordrucke für Ihre persönlichen Kontaktdaten in Notfällen und für Angaben zu medizinischen Risikofaktoren oder sonstigen Beeinträchtigungen.

Ergänzend können Sie Angaben zu medizinischen oder sonstigen Unterlagen hinterlegen und darauf verweisen, wo diese zu finden sind. Außerdem enthält die Notfallmappe Formulare für Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Bestattungsverfügung.

In die leeren Klarsichthüllen können Sie weitere persönliche Unterlagen einfügen.

Bewahren Sie die Notfallmappe leicht erreichbar auf und aktualisieren Sie die Einträge regelmäßig.

Weisen Sie Menschen Ihres Vertrauens auf die Existenz Ihrer Notfallmappe hin.

Natürlich wünschen wir Ihnen, dass Sie die Notfallmappe nicht brauchen werden, aber mit ihr können Sie wichtige Dinge in Ihrem Sinne regeln, um für Notfälle besser gewappnet zu sein.

Mit den besten Wünschen für Sie



Ihr Michael Wernke  
Bürgermeister der Samtgemeinde Bersenbrück

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	1
Inhaltsverzeichnis .....	2
Wichtige Telefonnummern .....	3
Ansprechpartner im Notfall .....	4
Hausarzt/Krankenversicherung .....	5
Medizinische Daten .....	6 - 7
Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung .....	8
Ausweise .....	9
Sonstige Unterlagen .....	10
Verträge und Versicherungen .....	11
Notfallpass .....	12
Vorsorgevollmacht .....	Anlage
Patientenverfügung .....	Anlage
Bestattungsverfügung .....	Anlage

## Wichtige Telefonnummern

<b>Rettungsdienst</b>	<b>Notruf 112</b>
<b>Feuerwehr</b>	<b>Notruf 112</b>
<b>Polizei, Überfall</b>	<b>Notruf 110</b>
<b>Giftnotruf</b>	<b>0551-19240</b>
<b>Familien-Service-Büro der Samtgemeinde Bersenbrück</b>	<b>05439-962154</b>
<b>ec-Karten Sperre</b>	<b>116116</b>
<b>ambulanter Pflegedienst</b>	
<b>Hausärztin/Hausarzt</b>	
<b>Seelsorgerin/Seelsorger</b>	
<b>Sonstige</b>	

**Im Notfall benachrichtigen Sie bitte:**

Name:

Straße:

Anschrift:

Telefon/Mobilnummer:

Ehefrau/-mann  Tochter/Sohn  Schwiegertochter/-sohn

Sollte die genannte Person nicht erreichbar sein, dann wenden Sie sich bitte an:

Name:

Straße:

Anschrift:

Telefon/Mobilnummer:

Einen Ersatzschlüssel hat:

Im Notfall wünsche ich mir Beistand durch eine Seelsorgerin/  
einen Seelsorger:

Ja  Nein

Konfession:

Kirchengemeinde (Tel.):

Sonstiges:

Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt:

Telefon:

Weitere behandelnde Ärztinnen / Ärzte:

Telefon:

Telefon:

Krankenkasse:

Nr. der Versichertenkarte:

evtl. Befreiungsausweis: Ja  Nein

evtl. Zusatzversicherung: Ja  Nein

Versicherungsart:

Pflegekasse:

Pflegestufe 1 / 2 / 3 seit:

Schwerbehinderung: Ja  Nein  GdB:

evtl. Zusatzversicherung: Ja  Nein

Blutgruppe/Rhesusfaktor:

(Bitte hinterlegen Sie einen Beleg in der Notfallmappe, z.B. Kopie des Blutspendeausweises.)

Im Notfall zu beachten (z. B. Glasknochen, Bluter, HIV):

## **Medizinische Risikofaktoren**

Diabetiker: Ja  Nein

Name des Insulins:

## **Blutgerinnungshemmende Substanzen:**

Name des Medikaments (z.B. Marcumar)

## **Bronchial-Asthma:**

Name der Medikamente

**Allergien:** (siehe auch Allergieausweis)

## **Medikamenten-Unverträglichkeiten:**

Bitte Medikamentenplan des Hausarztes im Anhang hinterlegen!

## Weitere Beeinträchtigungen

Zahnprothese	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sehbehinderung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Thromboseneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Defibrillator	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dialysebehandlung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Chronisches Organleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

...

## **Im Fall einer stationären Aufnahme / eines Krankentransportes beachten Sie bitte folgendes:**

Informieren Sie die Hilfskräfte am Telefon über Ihren genauen Standort (präzise Adressenangabe, wenn möglich mit Wegbeschreibung).

Wenn es möglich ist (vor allem bei Dunkelheit), schalten Sie ein Außenlicht am Haus ein und/oder erleuchten Sie ein Fenster.

Schaffen Sie Zugänge und Freiraum für die Hilfskräfte, bei liegenden Patienten möglichst Zugang zum Krankenbett freimachen (kleinere Möbel, wie Stühle und Tische wegräumen).

Leiten Sie Informationen an wichtige Personen weiter (evtl. Nachbarn wegen Haustieren / Post / Blumen / Pflegedienst)

Überprüfen Sie die Ausstattung einer Bereitschaftstasche

### **Ausstattung Bereitschaftstasche**

- Notfallmappe
- Morgenrock, Bademantel, evtl. Jogginganzug
- Toilettenartikel, Wasch- und Rasierzeug
- Nachtwäsche, Leibwäsche, Hausschuhe, Strümpfe, Taschentücher
- gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe,
- pers. Gegenstände wie Buch, Foto, Zeitschriften,
- Geld (nur geringer Betrag)
- Uhr oder Wecker,
- bei Bedarf kleines Kopfkissen
- Hausschlüssel (bei Alleinstehenden)
- Krankenversicherungskarte, Krankenhauseinweisung

**Bereitschaftstasche „auffällig“ bereitstellen!**

## Ich bin Inhaber folgender Ausweise und Pässe:

- Allergieausweis
- Brillenpass
- Blutspendeausweis
- Diabetikerausweis
- Herzschrittmacherausweis
- Implantatausweis
- Impfpass
- Marcumarausweis
- Organspendeausweis
- Röntgenausweis
- Schwerbehindertenausweis
- 
- 
- 

Ausweise und Pässe, die Sie nicht ständig bei sich tragen müssen, können in der Klarsichthülle am Ende der Mappe abgelegt werden.

Alle übrigen Ausweise und den Notfallpass sollten Sie in der Geldbörse bei sich tragen.

## Sonstige Unterlagen:

Die Kopien können in die Plastikhüllen am Ende der Mappe eingefügt bzw. der Aufbewahrungsort angegeben werden.

- Kopie des Personalausweises
- Sozialversicherungsunterlagen  
(ggfs. Aufbewahrungsort)
- Vollmachten (Bitte Aufbewahrungsort angeben,  
bzw. wer Vollmacht besitzt)
  - Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung
  - Patientenverfügung
  - Kontovollmacht  
(beim Geldinstitut erhältlich)
  - Verfügung für den Todesfall

## Anmerkungen zu den nachfolgenden Formularen:

Hierbei handelt es sich um Mustervordrucke, die Sie nach Ihren persönlichen Vorstellungen und Wünschen abändern können. Wir empfehlen Ihnen, sowohl die Patientenverfügung als auch die Vorsorgevollmacht vollständig auszufüllen und alle zwei Jahre durch erneute Unterschrift zu bestätigen.

Im Sinne der Rechtsgültigkeit ist es ratsam, die Formulare amtlich beglaubigen zu lassen.

## **Verträge und Versicherungen**

Wir empfehlen Ihnen, eine Liste aller Versicherungspolicen zu erstellen und zu vermerken, wo sich diese befindet.

- Lebensversicherung
- Unfallversicherung
- Haftpflichtversicherung
- Hausratversicherung
- Feuerversicherung
- Gebäudeversicherung
- KFZ-Versicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Sterbekasse/ Sterbegeldversicherung
- Sonstige Versicherungen

Liste befindet sich

Das Familienstammbuch befindet sich

## **Vorsorgende Entscheidungen für den Todesfall**

- Es besteht eine Verfügung für den Todesfall.  
Sie ist hinterlegt bei
- Es besteht eine Verfügung für den Bestattungswunsch. Sie ist hinterlegt bei
- Es besteht ein Testament. Es ist hinterlegt bei

Hier finden Sie den Notfallpass zum Austrennen für die Geldbörse.

Notfallausweise bekommen Sie auch in Apotheken und bei verschiedenen Wohltätigkeitsverbänden sowie ggfs. im Internet.

In dieser Mappe können Sie sonstige Unterlagen hinterlegen

**Notfallpass** Polizei 110  
Name, Vorname:

Adresse:

Bitte verständigen Sie **Kontaktperson**

Name:

Tel:

**Hausarzt**

Name:

Tel:

Diabetiker: Ja  Nein  Blutgruppe:

Marcumar/ASS: Ja  Nein

**Notfallpass** Polizei 110  
Name, Vorname:

Adresse:

Bitte verständigen Sie **Kontaktperson**

Name:

Tel:

**Hausarzt**

Name:

Tel:

Diabetiker: Ja  Nein  Blutgruppe:

Marcumar/ASS: Ja  Nein

**Notfallpass** Polizei 110  
Name, Vorname:

Adresse:

Bitte verständigen Sie **Kontaktperson**

Name:

Tel:

**Hausarzt**

Name:

Diabetiker: Ja  Nein  Blutgruppe:

Marcumar/ASS: Ja  Nein

**Notfallpass** Polizei 110  
Name, Vorname:

Adresse:

Bitte verständigen Sie **Kontaktperson**

Name:

Tel:

**Hausarzt**

Name:

Diabetiker: Ja  Nein  Blutgruppe:

Marcumar/ASS: Ja  Nein

**Notfallpass** Polizei 110  
Name, Vorname:

Adresse:

Bitte verständigen Sie **Kontaktperson**

Name:

Tel:

**Hausarzt**

Name:

Diabetiker: Ja  Nein  Blutgruppe:

Marcumar/ASS: Ja  Nein

**Notfallpass** Polizei 110  
Name, Vorname:

Adresse:

Bitte verständigen Sie **Kontaktperson**

Name:

Tel:

**Hausarzt**

Name:

Diabetiker: Ja  Nein  Blutgruppe:

Marcumar/ASS: Ja  Nein

# Vorsorgevollmacht

## mit Betreuungsverfügung

**Hiermit erteile ich:** (vollmachtgebende Person)

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:

**eine Vorsorgevollmacht an:** (bevollmächtigte Person)

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:

Sollte die oben genannte bevollmächtigte Person nicht in der Lage sein, die sich aus dieser Vollmacht ergebenden Aufgaben wahrzunehmen, bestimme ich zu meiner ersatzbevollmächtigten Person

**Ersatzbevollmächtigte Person:**

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:

Diese Vertrauenspersonen werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.  
Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung gemäß § 1814 ff. BGB vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

## Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahme widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie <ul style="list-style-type: none"> <li>über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB)</li> <li>über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB)</li> <li>über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB)</li> <li>über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB)</li> </ul> entscheiden. <b>Hinweis: Zwangsmaßnahmen und freiheitsentziehende Maßnahmen sind vom Betreuungsgericht zu genehmigen.</b>	Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf Krankenunterlagen einsehen oder deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Weitere Regelungen, persönliche Wünsche</i>		
<b>Unterschrift der vollmachtgebenden Person:</b>		

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen oder kündigen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Weitere Regelungen, persönliche Wünsche</i>		
<b>Unterschrift der vollmachtgebenden Person:</b>		

## Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Weitere Regelungen, persönliche Wünsche</i>		
<b>Unterschrift der vollmachtgebenden Person:</b>		

## Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (<b>bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1</b>)</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zahlungen und Wertgegenstände annehmen</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbindlichkeiten eingehen (<b>bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1</b>)</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (§§ 1854 Nummer 8 BGB)</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (<b>bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2</b>)</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Weitere Regelungen, persönliche Wünsche</i>		
<b>Unterschrift der vollmachtgebenden Person:</b>		

### Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehns (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“; zu finden auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz – Publikationen – Broschüren)

2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotvollmacht in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

## Post und Fernmeldeverkehr/Digitale Medien

Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

## Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

## Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

## Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

## Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, dass meine Betreuerin / mein Betreuer aus dem Kreis der vorgenannten Bevollmächtigten bestimmt wird.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

**Unterschrift der vollmachtgebenden Person:**

⇒ ..... ⇒ .....  
 (Ort, Datum) (Unterschrift der vollmachtgebenden Person)

<b>Beglaubigungsvermerk</b>		
(Die Beglaubigung der Vorsorgevollmacht gilt bis zum Tod des Vollmachtgebenden.)		
<b>Die vorstehende Unterschrift / Das vorstehende Handzeichen von</b>		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.		
PLZ	Wohnort	
<input type="checkbox"/> persönlich bekannt <input type="checkbox"/> hat sich ausgewiesen durch .....Nr.: .....		
<i>ist vor mir als Urkundsperson ..... vollzogen / anerkannt worden.</i> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Name</span> <span>Vorname</span> </div>		
<b>Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.</b>		
..... (Ort, Datum)	..... (Unterschrift der Urkundsperson der Betreuungsstelle, Dienststempel)	..... (Siegel der Behörde)



<b>Die in dieser Vollmacht mir/uns übertragenen Aufgaben werde/n ich/wir nach bestem Wissen und Gewissen zum Wohle der vollmachtgebenden Person erfüllen</b>	
Einwilligungserklärung der bevollmächtigten Person:	Einwilligungserklärung der ersatzbevollmächtigten Person:
..... (Ort, Datum, Unterschrift)	..... (Ort, Datum, Unterschrift)

Zeuge (neutrale Person z.B. Ihr Hausarzt)	
	..... (Ort, Datum, Unterschrift)

VoVo 04/2023

## **Wichtige Informationen zur Patientenverfügung!**

Die beiliegende Patientenverfügung ist nur eine allgemeine Erklärung.

Sie befreit nicht davon, sich mit den verschiedenen

möglichen Situationen einzeln und schriftlich auseinanderzusetzen.

Dies sollte möglichst in Absprache mit einem Arzt geschehen.

Alle wichtigen Informationen zur Patientenverfügung

finden Sie hier:

[BMJ - Expertensuche - Patientenverfügung](#)

Dort kann die Broschüre als Papierbroschüre bestellt werden.

# Patientenverfügung

An meine Familie, meine Ärzte

Ich der/die Unterzeichnende,

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Anschrift:</b>

versichere, dass ich im Falle eines unheilbaren Leidens nicht mit intensiv-medizinischen Maßnahmen am Leben erhalten werden will: Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und zu einer Zeit ab, da ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Für den Fall, dass ich einmal nicht mehr über meine eigene Zukunft entscheiden kann, soll diese Erklärung als meine letztwillige Verfügung gelten.

Sofern von zwei Ärzten, unabhängig voneinander, fachärztlich testiert wird, dass keine vernünftige Aussicht auf meine Gesundheit von körperlicher oder geistiger Krankheit oder von einer Schädigung besteht, von denen angenommen werden muss, dass sie mir schwere Leiden verursachen oder mir bewusstes Existieren unmöglich machen werden, fordere ich, dass man mich sterben lässt und keine lebensverlängernden intensiv-medizinischen Behandlungen mehr anwendet.

Ich fordere, dass man die notwendigen Medikamente anwendet, die mich von Schmerzen und großer Belastung befreien, auch wenn dadurch der Augenblick meines Todes früher eintreten würde. Eine aktive Sterbehilfe (Euthanasie) lehne ich ab.

Diese Erklärung ist von mir unterzeichnet und datiert in Gegenwart von zwei Zeugen, die durch ihre Unterschrift unter dieses Dokument auf mein Ersuchen hin meinen Willen beglaubigen.

<b>Ort:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Unterschrift:</b>	

Hiermit wird bestätigt, dass die Unterschrift des/der Verfassers/in in meiner Gegenwart geleistet wurde und authentisch ist.

<b>Ort:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Unterschrift des Zeugen:</b>	

Ich bestätige, dass der/die Obengenannte heute im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist und die Patientenverfügung seinen erklärten Willen darstellt.

<b>Ort:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Unterschrift des Arztes:</b>	

## Meine Bestattungsverfügung

Name, Vorname, evtl. Geburtsname:

Geburtsdatum / Geburtsort:

Adresse:

Folgende Bestimmungen sollen nach meinem Ableben berücksichtigt werden:

- Ich wünsche eine Erdbestattung.
- Ich wünsche eine Feuerbestattung.
- Ich wünsche eine Seebestattung.
- Ich wünsche eine anonyme Bestattung.
- Ich wünsche eine teilanonyme Bestattung.

Ich möchte auf folgendem Friedhof bestattet werden:

In einem Familiengrab (wenn vorhanden Grab. Nr. oder wer und wann zuletzt beigesetzt wurde)

- |                          |                                |                              |                        |
|--------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------|
| In einem:                | <input type="checkbox"/>       | Urnenreihengrab als Baumgrab |                        |
| <input type="checkbox"/> | Einzelreihengrab               | <input type="checkbox"/>     | Urnenwahlgrab          |
| <input type="checkbox"/> | Wahlgrab                       | <input type="checkbox"/>     | anonymes Urnengrab     |
| <input type="checkbox"/> | Erdreihengrab als Wiesengrab   | <input type="checkbox"/>     | teilanonymes Urnengrab |
| <input type="checkbox"/> | Urnenreihengrab als Wiesengrab | <input type="checkbox"/>     | Friedwald-Bestattung   |

Ich bin Mitglied folgender Kirchengemeinde / Glaubensgemeinschaft:

Ich wünsche eine Trauerfeier:

Ich wünsche eine Trauerfeier mit einem Pastor / einer Pastorin (welcher / welche?)

Ich wünsche eine Trauerfeier mit einem freien Trauerredner / einer Trauerrednerin:

Ich habe einen Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen bei:

Meine persönlichen Papiere / Unterlagen sind zu finden: (Personalausweis, Geburtsurkunde, evtl. Stammbuch, Sterbeurkunde des Ehepartners, Scheidungsurteil, Versicherungspolice, Chipkarte, Rentenanpassungsmitteilung, Bestattungsvorsorgevertrag, etc.)

Für weitere Informationen können Sie sich an ein Bestattungsunternehmen Ihres Vertrauens wenden!