

# Vorsorge-Mappe



Soziale Region

BildungsRegion

Nachhaltige Region

Aktive Region

## Alle wichtigen Informationen und Vordrucke

- ✓ Vollmacht
- ✓ Vorsorgevollmacht
- ✓ Betreuungsverfügung
- ✓ Patientenverfügung
- ✓ Notfallausweis

# Die Betreuungsbehörde der StädteRegion Aachen berät Sie in allen betreuungsrechtlichen Angelegenheiten

## **Frau Kowalczyk**

Tel.-Nr. 0241/5198-5037  
Raum 518

zuständig für  
• Aachen

## **Herr Fritz**

Tel.-Nr. 0241/5198-5026  
Raum 518

zuständig für  
• Aachen  
• Baesweiler

## **Frau Alt**

Tel.-Nr. 0241/5198-2350  
Raum 515

zuständig für  
• Aachen  
• Eschweiler

## **Herr Roschkowski**

Tel.-Nr. 0241/5198-5086  
Raum 514

zuständig für  
• Aachen  
• Würselen

## **Herr Estorer**

Tel.-Nr. 0241/5198-5087  
Raum 513

zuständig für  
• Aachen  
• Alsdorf

## **Herr Herkens**

Tel.-Nr. 0241/5198-5070  
Raum 513

zuständig für  
• Aachen  
• Herzogenrath

## **Herr Lothmann**

Tel.-Nr. 0241/5198-5052  
Raum 515

zuständig für  
• Aachen  
• Monschau  
• Roetgen  
• Simmerath

## **Frau Ratajczak**

Tel.-Nr. 0241/5198-5078  
Raum 514

zuständig für  
• Aachen  
• Stolberg

Die aktuellen Zuständigkeitsbereiche, Vordrucke sowie weitere Informationen zu betreuungsrechtlichen Angelegenheiten und zur rechtlichen Vorsorge finden Sie auch im Bürgerportal der StädteRegion Aachen unter: [www.staedtereion-aachen.de/rechtliche-vorsorge](http://www.staedtereion-aachen.de/rechtliche-vorsorge).

# Vorwort

## Sehr geehrte Damen und Herren,

Schicksal wird im Duden beschrieben als „höhere Macht, die in einer nicht zu beeinflussenden Weise das Leben bestimmt und lenkt“. Schicksalhafte Ereignisse wie Unfälle oder Krankheiten können also jeden treffen! Sie führen häufig dazu, dass Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihre Angelegenheiten eigenverantwortlich zu klären.



Ein hohes Maß an Selbstbestimmung kann durch die rechtzeitige Erstellung von Vollmachten sichergestellt werden. Hierdurch kann in der Regel auch eine gerichtliche Betreuung vermieden werden.

Deshalb ist es ratsam, sich rechtzeitig mit folgenden Fragen zu beschäftigen:

- Was wird, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann und auf Hilfe angewiesen bin?
- Sollen lebenserhaltende Maßnahmen veranlasst, fortgesetzt oder beendet werden?
- Welche medizinischen Maßnahmen sollen ergriffen werden, welche nicht?
- Wer entscheidet und handelt für mich?
- Findet mein Wille auch tatsächlich Beachtung?

Um Ihnen bei diesen schwierigen Fragen eine erste Orientierung anbieten zu können, hat die Betreuungsbehörde der StädteRegion Aachen in dieser Broschüre wichtige Informationen und entsprechende Vordrucke zusammengestellt.

Ich wünsche uns allen, dass es mit Vollmachten oder der Patientenverfügung so ist, wie bei zahlreichen Versicherungen: Es ist beruhigend, sie zu haben, aber man braucht sie hoffentlich nie!

Ihr

Dr. Tim Grüttemeier  
Städteregionsrat

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vollmacht/Vorsorgevollmacht</b>	<b>5</b>
1.1 Worin unterscheidet sich eine Vollmacht von einer Vorsorgevollmacht?	5
1.2 Was ist beim Erstellen einer Vollmacht/Vorsorgevollmacht zu beachten?	5
1.3 Welche Angelegenheiten können mit einer Vollmacht/Vorsorgevollmacht geregelt werden?	6
1.4 Wie lange gilt eine Vollmacht/Vorsorgevollmacht?	7
1.5 Haftung	7
<b>2. Vordruck Vollmacht</b>	<b>9</b>
<b>3. Vordruck Vorsorgevollmacht</b>	<b>13</b>
<b>4. Betreuungsverfügung</b>	<b>19</b>
<b>5. Vordruck Betreuungsverfügung</b>	<b>21</b>
<b>6. Patientenverfügung</b>	<b>23</b>
<b>7. Vordruck Patientenverfügung</b>	<b>25</b>
<b>8. Anschriften</b>	<b>31</b>
<b>9. Rechtlicher Notfallausweis</b>	<b>35</b>

# Vollmacht/Vorsorgevollmacht

Mit einer Vollmacht/Vorsorgevollmacht (gemäß §§ 1896 Abs. 2 und 1904 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB -) erteilen Sie einer Person die Befugnis, an Ihrer Stelle zu handeln.

Die von Ihnen bevollmächtigte Person wird dann für Sie alle notwendigen Entscheidungen treffen und Angelegenheiten regeln können.

Mit der Erstellung einer Vollmacht/Vorsorgevollmacht legen Sie selbst fest, wer Ihre Angelegenheiten regeln soll. Denn selbst Ihre Angehörigen sind nicht befugt, ohne Vollmacht/Vorsorgevollmacht im Rechtsverkehr rechtsverbindliche Erklärungen für Sie abzugeben. Das heißt, sie können Sie nicht gesetzlich vertreten.

## 1.1 Worin unterscheidet sich eine Vollmacht von einer Vorsorgevollmacht?

Die Vollmacht unterscheidet sich von einer Vorsorgevollmacht allein in dem Punkt, dass die Vollmacht **ab sofort** Gültigkeit besitzt.

Die Vorsorgevollmacht **ist mit einer Bedingung verbunden** und wird erst durch ein ärztliches Attest gültig, welches bestätigt, dass Sie infolge Ihrer Erkrankung und/oder Behinderung außerstande sind, Ihre eigenen Angelegenheiten zu regeln.

Grundsätzlich ist **entweder** eine Vollmacht **oder** eine Vorsorgevollmacht zu erstellen.

## 1.2 Was ist beim Erstellen einer Vollmacht/Vorsorgevollmacht zu beachten?

Aus Gründen der Klarheit und der Beweiskraft ist eine Schriftform der Vollmacht/Vorsorgevollmacht (wie in dieser Broschüre) zu empfehlen. Grundsätzlich ist eine Vollmacht/Vorsorgevollmacht an keine Form gebunden.

Wenn Sie sich für eine handschriftliche Vollmacht/Vorsorgevollmacht entscheiden, sollten Sie darauf achten, dass der Text lesbar ist und Ihre Formulierungen eindeutig sind. Zu dem Zeitpunkt, an dem Sie die Vollmacht/Vorsorgevollmacht erstellen, müssen Sie **volljährig und geschäftsfähig** sein. Um Zweifel an der Echtheit Ihrer Unterschrift auszuschließen, können Sie Ihre Vollmacht/Vorsorgevollmacht bei der Betreuungsbehörde öffentlich beglaubigen oder bei einem Notar beurkunden lassen. Immobiliengeschäfte und Erbschaftsangelegenheiten können nur mit einer **öffentlich beglaubigten oder notariell beurkundeten Vollmacht** getätigt werden.

Für Beglaubigungen wird eine Gebühr in Höhe von 10 € erhoben. Zudem ist eine **Terminabsprache** bei der Betreuungsbehörde erforderlich.

### 1.3 Welche Angelegenheiten können mit einer Vollmacht/Vorsorgevollmacht geregelt werden?

Die **Bestimmung des Aufenthalts** berechtigt die bevollmächtigte Person, Ihren Lebensmittelpunkt zu bestimmen und dauerhaft zu verändern. So darf die bevollmächtigte Person notfalls auch über eine Heimaufnahme entscheiden und den Heimvertrag unterschreiben.

Die Regelung aller **Wohnungsangelegenheiten** umfasst alle Entscheidungen, die mit Ihrer Mietwohnung in Zusammenhang stehen. Insbesondere darf die bevollmächtigte Person Ihre Wohnung kündigen und auflösen.

Die Angelegenheiten der **Gesundheitsfürsorge** umfassen ärztliche Untersuchungen, Eingriffe, Medikation und Operationen. Alle behandelnden Ärzte werden von der Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person entbunden.

Mit **Entscheidungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen** sind z. B. Bettgitter, Bett- oder Bauchgurte sowie sedierende Medikamente gemeint. Diese können erforderlich werden, um Verletzungen zu verhindern.

Die **Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung** umfasst vor allem die Aufnahme in einer geschlossenen Abteilung eines Krankenhauses, einer Psychiatrie oder einer geschützten Einrichtung.

Bei **besonders weitreichenden Entscheidungen** (geschlossene Unterbringung, Zwangsbehandlung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und ärztliche Eingriffe, wie z. B. Amputationen, schwere Herzoperation, etc.) **ist eine Genehmigung des Gerichts – auch bei Vorliegen einer umfassenden Vollmacht/Vorsorgevollmacht – notwendig.**

Die **Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern** umfasst insbesondere die Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, privaten oder öffentlich-rechtlichen Versicherungen, Rententrägern, Versorgungs- und Sozialämtern sowie Beihilfestellen.

Zu den **vermögensrechtlichen Angelegenheiten** gehören insbesondere Bank-, Immobilien- und Erbschaftsangelegenheiten. Die bevollmächtigte Person darf Rechnungen bezahlen sowie neue Zahlungsverpflichtungen eingehen. Neue Kredite – auch Überziehungskredite – dürfen nicht aufgenommen werden. Hiervon ausgenommen ist die Verwaltung bereits bestehender Kredite.

**Immobilienengeschäfte** beinhalten die Veräußerung und den Erwerb von Immobilien. Für solche Rechtsgeschäfte ist mindestens eine öffentliche Beglaubigung der Vollmacht erforderlich. Bedingte Vorsorgevollmachten erfüllen die rechtlichen Anforderungen in der Regel nicht. Um ganz sicher zu gehen, wird eine notarielle Beurkundung der Vollmacht empfohlen.

Der Aufgabenkreis **Post- und Fernmeldeangelegenheiten** berechtigt die bevollmächtigte Person, Post (auch in elektronischer Form) entgegenzunehmen, zu öffnen und zu lesen. Sie darf Dritte anweisen, die an Sie gerichtete Post entgegenzunehmen und an ihn auszuhändigen (z. B. bei Heimaufenthalt). Zudem darf die bevollmächtigte Person über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen (z. B. über Vertragsabschlüsse oder Kündigungen) entscheiden.

**Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht** betreffen vor allem die Frage, wer Sie besuchen darf und wer nicht. Die bevollmächtigte Person ist hierbei insbesondere an Ihre früheren Entscheidungen gebunden, es sei denn

- Sie wollen erkennbar nicht mehr daran festhalten,
- die Besucher tragen nachweislich zu Ihrem Unwohl bei.

Die **Art und Weise der Bestattung** beinhaltet das Recht der bevollmächtigten Person zu entscheiden, in welcher Form und an welchem Ort diese stattfindet. Hierbei ist er an Ihre geäußerten Wünsche gebunden.

#### 1.4 Wie lange gilt eine Vollmacht/ Vorsorgevollmacht?

Grundsätzlich erlischt eine Vollmacht/ Vorsorgevollmacht sobald sie widerrufen wird oder mit dem Tod der vollmachtgebenden oder der vollmachtnehmenden Person. Wenn sichergestellt werden soll,

dass Angelegenheiten (z. B. Beerdigung, Kündigung von Verträgen) der vollmachtgebenden Person auch über seinen Tod hinaus geregelt werden sollen, ist der Zusatz „und über meinen Tod hinaus“ in den entsprechenden Vordrucken in dieser Broschüre anzukreuzen.

#### 1.5 Haftung

Die vollmachtnehmende Person kann bei grob fahrlässigem oder vorsätzlichem Handeln bei Ausübung der Vollmacht/ Vorsorgevollmacht in Haftung genommen werden.





# Vollmacht

Nachname, Vorname

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

**Ich bevollmächtige widerruflich  
 und über meinen Tod hinaus**

1. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

2. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

3. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

4. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

**ab sofort meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.**

Folgende Vertretungsregelung wird festgelegt:

- Die unter 1. genannte bevollmächtigte Person ist Hauptbevollmächtigte, die anderen sind Vertretende in der oben genannten Reihenfolge.
- Jede bevollmächtigte Person ist gleichberechtigt und alleine entscheidungsbefugt.
- Alle Entscheidungen müssen von den bevollmächtigten Personen gemeinsam getroffen werden.

# Vollmacht

## Die Vollmacht erstreckt sich auf folgende Aufgabenbereiche, die ich im Folgenden angekreuzt habe:

- Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes
- Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
- Sämtliche Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, insbesondere Einwilligungen in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe jeglicher Art. Dies gilt auch, wenn ich infolge eines Eingriffs versterben oder einen länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Weiterhin ist / sind die bevollmächtigte(n) Person(en) befugt, die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zu erteilen. Dabei muss meine Patientenverfügung und/oder mein mutmaßlicher Wille beachtet werden.
  - Berechtigung zur Beantragung von
  - freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
  - geschlossener Unterbringung
  - ärztlichen ZwangsmaßnahmenHierfür sind neben der Bevollmächtigung gerichtliche Genehmigungen erforderlich.
- Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
- Regelung sämtlicher vermögensrechtlicher Angelegenheiten, insbesondere
  - Bankangelegenheiten (z. B. Verfügung, Eröffnung oder Auflösung von Konten, Sparbüchern, Depots oder Safeinhalte)
  - Erbschaftsangelegenheiten
  - Immobiliengeschäfte und Grundbuchangelegenheiten
- Post- und Fernmeldeangelegenheiten (auch in elektronischer Form)
- Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht
- Erteilung von Untervollmachten
- Art und Weise meiner Bestattung
- Zugriff auf und Löschung von Internetdaten

# Vollmacht

**Diese Vollmacht stellt zugleich eine Betreuungsverfügung dar.**

- Besondere Anweisungen und Wünsche an die bevollmächtigte(n) Person(en) sind nachfolgend aufgeführt:

---

---

---

**Ich habe den Inhalt dieser Vollmacht verstanden.  
Die vorliegende Vollmacht erteile ich in völliger Freiheit und  
nach Absprache mit der/den von mir bevollmächtigten Person(en).**

---

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

---

Unterschrift der vollmachtnehmenden Person(en)

# Vollmacht

Im Falle einer Beglaubigung durch die zuständige Behörde (wird von der Behörde ausgefüllt):

## Die Unterschrift/das Handzeichen der vollmachtgebenden Person

Nachname, Vorname	Geboren am
Straße und Haus-Nr.	
(PLZ) Wohnort	

persönlich bekannt/ausgewiesen durch

\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_,

**ist vor mir als Urkundsperson vollzogen/anerkannt worden.  
Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.**

Aachen, \_\_\_\_\_

StädteRegion Aachen  
Der Städteregionsrat  
Betreuungsbehörde

# Vorsorgevollmacht

Nachname, Vorname

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

**Ich bevollmächtige widerruflich  
 und über meinen Tod hinaus**

1. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

2. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

3. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

4. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen oder umzusetzen, meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn der oben genannte Zustand von einem Arzt/einer Ärztin auf Seite 17 dieser Vollmacht bescheinigt wird.

# Vorsorgevollmacht

Folgende Vertretungsregelung wird festgelegt:

- Die unter 1. genannte bevollmächtigte Person ist Hauptbevollmächtigte, die anderen sind Vertretende in der oben genannten Reihenfolge.
- Jede bevollmächtigte Person ist gleichberechtigt und alleine entscheidungsbefugt.
- Alle Entscheidungen müssen von den bevollmächtigten Personen gemeinsam getroffen werden.

## Die Vollmacht erstreckt sich auf folgende Aufgabenbereiche, die ich im Folgenden angekreuzt habe:

- Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes
- Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
- Sämtliche Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, insbesondere Einwilligungen in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe jeglicher Art. Dies gilt auch, wenn ich infolge eines Eingriffs versterben oder einen länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Weiterhin ist / sind die bevollmächtigte(n) Person(en) befugt, die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zu erteilen. Dabei muss meine Patientenverfügung und/oder mein mutmaßlicher Wille beachtet werden.
  - Berechtigung zur Beantragung von
  - freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
  - geschlossener Unterbringung
  - ärztlichen ZwangsmaßnahmenHierfür sind neben der Bevollmächtigung gerichtliche Genehmigungen erforderlich.
- Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
- Regelung sämtlicher vermögensrechtlicher Angelegenheiten, insbesondere
  - Bankangelegenheiten (z. B. Verfügung, Eröffnung oder Auflösung von Konten, Sparbüchern, Depots oder Safeinhalte)
  - Erbschaftsangelegenheiten
  - Immobiliengeschäfte und Grundbuchangelegenheiten
- Post- und Fernmeldeangelegenheiten (auch in elektronischer Form)

# Vorsorgevollmacht

- Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht
- Erteilung von Untervollmachten
- Art und Weise meiner Bestattung
- Zugriff auf und Löschung von Internetdaten

**Diese Vorsorgevollmacht stellt zugleich eine Betreuungsverfügung dar.**

- Besondere Anweisungen und Wünsche an die bevollmächtigte(n) Person(en) sind nachfolgend aufgeführt:

---

---

---

**Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden.  
Die vorliegende Vorsorgevollmacht erteile ich in völliger Freiheit und  
nach Absprache mit der/den von mir bevollmächtigten Person(en).**

---

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

---

Unterschrift der vollmachtnehmenden Person(en)

# Vorsorgevollmacht

Im Falle einer Beglaubigung durch die zuständige Behörde (wird von der Behörde ausgefüllt):

## Die Unterschrift/das Handzeichen der vollmachtgebenden Person

Nachname, Vorname	Geboren am
Straße und Haus-Nr.	
(PLZ) Wohnort	

persönlich bekannt/ausgewiesen durch

\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_,

**ist vor mir als Urkundsperson vollzogen/anerkannt worden.  
Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.**

Aachen, \_\_\_\_\_

StädteRegion Aachen  
Der Städteregionsrat  
Betreuungsbehörde



# Vorsorgevollmacht

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass die auf Seite 13 dieser Vorsorgevollmacht beschriebenen, krankheitsbedingten Umstände eingetreten sind.

Name des Arztes/der Ärztin

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin



# Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung schlagen Sie eine Person vor, die Ihre Betreuung übernehmen soll (nach § 1897 Abs. 4 BGB). Sie haben so die Möglichkeit, im Vorhinein eine Person kennenzulernen, die für Sie zur betreuenden Person bestellt werden soll.

Gleichzeitig können Sie auch festlegen, wer auf keinen Fall Ihre Betreuung übernehmen soll.

Das Amtsgericht wird dann Ihrem Vorschlag folgen, wenn es keine dagegen sprechenden Gründe gibt.



# Betreuungsverfügung

Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

Hiermit **verfüge ich** für den Fall, dass die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung über das zuständige Amtsgericht erforderlich sein sollte, dass **folgende Person(en)** meines Vertrauens als **gerichtlich bestellte betreuende Person(en) eingesetzt** wird/werden.

1. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

2. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

**Während der Zeit der gesetzlichen Betreuung soll(en) die betreuende(n) Person(en) darauf achten, dass meine nachfolgend aufgeführten Wünsche (soweit durchführbar und zumutbar) respektiert und beachtet werden.**

---

---

---

---

# Betreuungsverfügung

## Auf keinen Fall zur betreuenden Person bestellt werden sollte:

1. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

2. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

Ort, Datum

Unterschrift verfügenden Person

Unterschrift der vorgesehenen betreuenden Person(en)

# Patientenverfügung

Uns allen ist mehr oder weniger bewusst, dass wir Dank der Leistungen moderner medizinischer, sozialer und pflegerischer Versorgungssysteme und Errungenschaften ein höheres und zu meist erfüllteres Alter erreichen.

Viele Menschen verängstigt jedoch, dass sie aufgrund dieser Versorgungssysteme nach ihrer persönlichen Lebensauffassung unnötigen Qualen und Leiden ausgesetzt werden. Sie hinterfragen, ob sich die Serviceleistungen und Errungenschaften in jedem Einzelfall am Patientenwillen oder nicht eher an der Leistungskraft der Maschinen oder Medikamente und der Finanzkraft des Gesundheitssystems orientieren.

Viele Menschen möchten diese Errungenschaften und Serviceleistungen am Lebensende nicht in Anspruch nehmen und wünschen, „in Ruhe zu sterben“. Sie möchten daher ihre Behandlungswünsche klar festlegen. Mit der Patientenverfügung (§ 1901a BGB) ist dies möglich.

## Was muss bei der Erstellung einer Patientenverfügung beachtet werden?

Es ist empfehlenswert, die Patientenverfügung aufgrund der Beweiskraft schriftlich zu verfassen und eigenhändig zu unterschreiben.

Eine Patientenverfügung sollte so konkret wie möglich sein. Allgemeine Aussagen wie „Ich möchte nicht an Apparate angeschlossen werden“ oder „wenn ein erträgliches Leben nicht mehr möglich erscheint“ sollten vermieden werden.

Vielmehr sollte individuell festgelegt werden, unter welchen Bedingungen und welchen Situationen eine Behandlung begonnen, fortgesetzt oder abgebrochen werden soll.

Es empfiehlt sich, Ihre Einstellung zum Leben und Ihre persönlichen Wertvorstellungen in die Patientenverfügung aufzunehmen. Darüber hinaus können zur Erläuterung von medizinischen Aspekten Gespräche mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin hilfreich sein.

**Bitte beachten Sie, dass die Betreuungsbehörde keine inhaltlichen Beratungen zur Patientenverfügung leisten kann. Es wird empfohlen, den Inhalt der Patientenverfügung mit dem Arzt/der Ärztin Ihres Vertrauens zu besprechen.**

**Wir empfehlen, eine Kopie Ihrer Patientenverfügung bei Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin zu hinterlegen und einen entsprechenden Hinweis auf Ihrem „Notfallausweis“ zu vermerken.**





# Patientenverfügung

Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

1. Mit dieser Patientenverfügung bringe ich meinen Willen zum Ausdruck für den Fall, dass ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und ich selbst durch Mimik oder Gestik nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern.

Ich habe mich über die Bedeutung einer Patientenverfügung informiert und erkläre hiermit verbindlich:

2.

- Wenn ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde...
- Wenn ich mich unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...
- Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten erloschen ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Hirnschädigung 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 äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen nicht ausgeschlossen werden.

# Patientenverfügung

3. In allen unter Punkt 2 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich ausdrücklich:

- Lebenserhaltende Maßnahmen:

---

---

- Künstliche Ernährung:

---

---

- Künstliche Flüssigkeitszufuhr:

---

---

- Künstliche Beatmung:

---

---

# Patientenverfügung

- Wiederbelebung:

---

---

- Notärztliche Behandlung:

---

---

- Dialyse:

---

---

- Antibiotika:

---

---

- Behandlung von Schmerzen, Unruhe, Angst und ähnlichen Symptomen:

---

---

# Patientenverfügung

4. Im Übrigen habe ich folgende Wünsche für meine Behandlung in meiner letzten Lebensphase:

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Ich stelle mit dieser Patientenverfügung meine grundsätzliche Einstellung zum Leben und Tod dar:

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Was wäre für mich eine unerträgliche Situation in meiner letzten Lebensphase und welche Befürchtungen sind damit verbunden?

---

---

---

---

---

---

---

---

# Patientenverfügung

- Ich habe am \_\_\_\_\_ eine Vorsorgevollmacht/Vollmacht erteilt. Die darin genannte(n) Person(en) werden hiermit ausdrücklich beauftragt und ermächtigt, meinen in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen gegenüber allen Beteiligten durchzusetzen.
- Ich kann keine Person benennen, der ich eine Vollmacht erteilen könnte. Das Gericht soll deshalb einen Betreuer bestellen, der meinen in der Patientenverfügung geäußerten Willen durchsetzt.

---

Ort, Datum und Unterschrift **der verfassenden Person**

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung mit dem Arzt/der Ärztin meines Vertrauens besprochen.

**Als Arzt/Ärztin des Vertrauens bescheinige ich hiermit, dass die verfassende Person in der Lage ist, den Sinn, die Bedeutung und die Folgen ihrer/seiner Verfügung zu erfassen.**

---

Ort, Datum, Anschrift und Unterschrift **des Arztes/der Ärztin**

# Patientenverfügung

**Bitte überprüfen und bestätigen Sie Ihre vorstehende Patientenverfügung spätestens alle 2 Jahre. Dazu dienen die folgenden Zeilen.**

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift **der verfassenden Person**

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift **der verfassenden Person**

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift **der verfassenden Person**

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift **der verfassenden Person**

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift **der verfassenden Person**

# Anschriften

## Gerichte

### Amtsgericht

- Betreuungsgericht -  
Adalbertsteinweg 92  
52070 Aachen

Zuständig für:  
Aachen, Alsdorf, Baesweiler, Roetgen,  
Herzogenrath, Würselen

### Amtsgericht

- Betreuungsgericht -  
Kaiserstraße 6  
52249 Eschweiler

Zuständig für:  
Eschweiler, Stolberg

### Amtsgericht

- Betreuungsgericht -  
Laufenstraße 38  
52156 Monschau

Zuständig für:  
Monschau, Simmerath

## Betreuungsvereine

Die Betreuungsvereine in der StädteRegion Aachen beraten umfassend und kostenlos zu Vollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen. Sie unterstützen bevollmächtigte Personen in ihren Aufgaben. Weitere Informationen über Beratungsangebote und Veranstaltungen der Betreuungsvereine finden Sie unter: [www.betreuung-regio-ac.de](http://www.betreuung-regio-ac.de)

### Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Aachen-Stadt e. V.



Gartenstraße 25  
52064 Aachen  
Tel.: 0241/ 88916 -0



### Diakonisches Werk im Kirchenkreis Aachen e. V.

Otto-Wels-Straße 2 b  
52477 Alsdorf  
Tel.: 02404/ 9495-0

### Betreuungsverein der Diakonie Aachen e. V.



Martinstraße 10-12  
52062 Aachen  
Tel.: 0241/ 9977966



### SKM-Katholischer Verein für soziale Dienste in Stolberg e. V.

Foxiusstraße 2  
52223 Stolberg  
Tel.: 02402/124410

### SKM-Katholischer Verein für soziale Dienste in Aachen e. V.



Heinrichsallee 56  
52062 Aachen  
Tel.: 0241/ 413555 -00



### Sozialdienst Kath. Frauen e. V.

Peilsgasse 1-3  
52249 Eschweiler  
Tel.: 02403/ 609180

### Sozialdienst Kath. Frauen e. V.



Wilhelmstraße 22  
52070 Aachen  
Tel.: 0241/ 470450



### Sozialdienst Kath. Frauen e. V.

Birkengangstr. 5  
52222 Stolberg  
Tel.: 02402/ 951640





# Interesse an sozialem Engagement?



**Übernehmen Sie eine ehrenamtliche Betreuung!**

Fragen beantworten die Betreuungsbehörde der StädteRegion Aachen und die Betreuungsvereine



**Bevollmächtigte Person(en):**

(Name, Telefon)

---

---

---

---

A50/Rechtlicher\_Notfallausweis

**Herausgeberin**

StädteRegion Aachen

Der Städteregionsrat

A 50 | Amt für Soziales und Senioren

Zollernstraße 10

52070 Aachen

Telefon

0241/5198-0

E-Mail

betreuungsbehoerde@staedteregion-aachen.de

Internet

www.staedteregion-aachen.de/rechtliche-vorsorge

Verantwortlich

Betreuungsbehörde StädteRegion Aachen

Redaktion/Text

Betreuungsbehörde StädteRegion Aachen

Gestaltung

StädteRegion Aachen, Druckerei

Druck

Schmitz Druck &amp; Medien GmbH &amp; Co. KG

Bezeichnung

A 50/Rechtliche Vorsorge 01.20

Fotos

© Dominik Ketz, © Andreas Hermann, © StädteRegion Aachen,

© euregiocontent, v. golzheim2013@stock.adobe.com

Illustration

© StädteRegion Aachen

Stand

10. Auflage Januar 2020

## Rechtlicher Notfallausweis

Ich, \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_

habe eine  (Vorsorge-) Vollmacht  
 Patientenverfügung

## Wir gestalten Zukunft!

[www.staedteregion-aachen.de](http://www.staedteregion-aachen.de)

StädteRegion Aachen  
Der Städteregionsrat

Postanschrift  
StädteRegion Aachen | 52090 Aachen

Telefon +49(241)5198-0  
E-Mail [info@staedteregion-aachen.de](mailto:info@staedteregion-aachen.de)  
Internet [www.staedteregion-aachen.de](http://www.staedteregion-aachen.de)

 [StaedteRegion.Aachen](https://www.facebook.com/StaedteRegion.Aachen)

 [staedteregion\\_aachen](https://www.instagram.com/staedteregion_aachen)

 [@SR\\_Aachen\\_News](https://twitter.com/@SR_Aachen_News)

 [StaedteRegionAachen](https://www.youtube.com/StaedteRegionAachen)