

Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung



Sozialdienst katholischer
Frauen im Ostvest e.V.

Herausgegeben von dem Betreuungsverein
Sozialdienst katholischer Frauen im Ostvest e.V.

Überarbeitete Auflage: Mai 2023

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen:

1. Im anliegenden Muster einer Vorsorgevollmacht sind die verschiedenen Aufgabenkreise aufgeführt. Dieses Muster deckt die wesentlichen zu regelnden Lebensbereiche ab und eignet sich daher zur allgemeinen Nutzung, sofern keine notarielle Beurkundung erforderlich ist oder Spezialgebiete geregelt werden müssen.

Bei der Abfassung der Vorsorgevollmacht können Sie selbstverständlich juristischen Rat einholen. Dies empfiehlt sich besonders, wenn Sie umfangreiches Vermögen besitzen, die Vornahme von Grundstücksgeschäften regeln möchten, mehrere Bevollmächtigte einsetzen oder zusätzlich zur Vollmacht Handlungsanweisungen für deren Nutzung geben wollen. Hilfe beim Ausfüllen der Vorsorgevollmacht können Sie auch bei Ihrem örtlichen Betreuungsverein erhalten.
2. Bitte bedenken Sie, dass der/die Bevollmächtigte die Vorsorgevollmacht im Original vorlegen muss. Daher sollte diese/r über den Ort der Verwahrung informiert sein.
3. Die Vorsorgevollmacht und der Name des/der Bevollmächtigten sowie Patientenverfügung und Betreuungsverfügung können beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden.

Nähere Informationen können Sie unter www.vorsorgeregister.de und bei Ihrem örtlichen Betreuungsverein erhalten.
4. Wenn Sie minderjährige Kinder haben und eine Sorgerechtserklärung treffen möchten, dann setzen Sie sich bitte mit dem örtlichen Jugendamt in Verbindung.

Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung

Meine Wünsche und Forderungen an

- Bevollmächtigte
- Betreuer/innen
- Ärzte/Ärztinnen
- die Familie und Freunde/Freundinnen
- das Betreuungsgericht

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Handynummer

1. Vorsorgevollmacht

1.1 Benennung der/des Bevollmächtigten

Sollte ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Handynummer

wegen einer Krankheit, Unfall oder Behinderung zur Bildung und Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage sein und meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können, so bevollmächtige ich gemäß § 164 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)¹ hiermit als meine/n Vertreter/in:

Beziehung zur/zum Vollmachtgeber/in (z. B. Ehepartner/in, Lebensgefährte/-gefährtin, Kind ...)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Handynummer

Die/der Bevollmächtigte kennt den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht und hat eingewilligt, in meinem Sinne Entscheidungen für mich zu treffen und umzusetzen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde im Original vorlegen kann.

¹ | Auszüge des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) finden Sie im Anhang.

1.2 Stellvertreter/in für die/den Bevollmächtigte/n

Sollte die/der von mir zuvor benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich in der folgenden Reihenfolge als Bevollmächtigte/n:

1.

Beziehung zur/zum Vollmachtgeber/in (z. B. Ehepartner/in, Lebensgefährte/-gefährtin, Kind ...)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Handynummer

2.

Beziehung zur/zum Vollmachtgeber/in (z. B. Ehepartner/in, Lebensgefährte/-gefährtin, Kind ...)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Handy

1.3 Letzte Entscheidung

Wenn es schwierig sein sollte, meine hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen, und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Medizinern/Medizinerinnen, Pflegenden, Betreuungspersonen oder Familienangehörigen kommt, dann soll die letzte Entscheidung bei der/dem von mir genannten Bevollmächtigten liegen.

* _____

Sollte die/der Bevollmächtigte die letzte Entscheidung aus eigenen Gewissensgründen nicht treffen können, so soll die/der nächstgenannte Stellvertreter/in der/des Bevollmächtigten diese Entscheidung treffen.

* _____

1.4 Aufgabenkreise

1.4.1 Vermögenssorge

Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, mein Vermögen zu verwalten und mich in allen vermögensrechtlichen Angelegenheiten zu vertreten. Das schließt das Recht ein, gegenüber Gerichten, Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen zu handeln, über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen, Verbindlichkeiten einzugehen, Zahlungen und Wertgegenstände anzunehmen, Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abzugeben, mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten sowie Schenkungen im Rahmen vorzunehmen, die einer rechtlichen Betreuungsperson gestattet sind.

* _____

Hinweis: Sie haben im Folgenden die **Möglichkeit**, Ihre bestehenden Konten und Depots (Kreditinstitut, Kontoinhaber, IBAN, BIC) aufzuführen:

Im Hinblick auf meinen im Grundbuch von _____ Blatt _____ verzeichneten Grundbesitz bevollmächtige ich meine/n Bevollmächtigte/n, über diesen Grundbesitz zu verfügen. Sie/er darf diesen belasten, veräußern oder sonstige Verfügungen treffen.

Eine wichtige Besonderheit ist zu beachten:

Wenn Sie wünschen, dass auch Grundstücks- oder Immobilienangelegenheiten durch Ihre Vorsorgevollmacht geregelt werden sollen, ist jedenfalls eine öffentliche Beglaubigung Ihrer Vollmacht erforderlich.

Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise auf Seite 2.

Wichtiger Hinweis:

Ihre Bank/Sparkasse verfügt über eigene Vordrucke für Konto-, Depot- und Schrankvollmachten. Sie haben die Möglichkeit, die Konto-, Depot-/Schrankvollmacht über den Tod hinaus zu erteilen. Die Nutzung dieser banküblichen Formulare erleichtert der/dem Bevollmächtigten in der Regel den Umgang mit Ihrem Kreditinstitut.

Besondere individuelle Wünsche zur Vermögenssorge

(z. B. Auslagenersatz für die/den Bevollmächtigten, Geschenke/Zuwendungen an Verwandte, Dritte oder Einrichtungen; Wünsche zur Art der Geldanlage usw.)

1.4.2 Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Diese Vollmacht berechtigt auch zu meiner Vertretung in Fragen der medizinischen Versorgung und Behandlung sowie meiner ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.

Weiterhin hat die /der Bevollmächtigte die Aufgabe, meinen in der Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Die/der Bevollmächtigte ist außerdem berechtigt, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand zu erhalten, die Einzelheiten der Behandlung zu erfragen, Krankenunterlagen einzusehen und deren Herausgabe an Dritte zu bewilligen. Ärzte/Ärztinnen und Pflegepersonen sind insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden.

Im Falle eines Klinikaufenthalts wünsche ich, dass die/der Bevollmächtigte jederzeit Zugang zu mir hat.

*

Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, in meinem Namen in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, zur Durchführung einer Heilbehandlung oder in ärztliche Eingriffe einzuwilligen, diese abzulehnen oder zu widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB)¹.

*

Wichtiger Hinweis:

Wenn zwischen der/dem Bevollmächtigten und der/dem behandelnden Arzt/Ärztin kein Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung meinem Willen entspricht (vgl. § 1829 Absatz 4 BGB)¹, ist die/der Bevollmächtigte verpflichtet, die notwendige Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen.

Die/der Bevollmächtigte ist auch berechtigt, über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Absatz 1 BGB)¹, über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB)¹, über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB)¹ und über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB)¹, zu entscheiden.

*

* | deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen (z.B.: „ja, das möchte ich“ oder „nein, das möchte ich nicht“).

¹ | Auszüge des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) finden Sie im Anhang

Wichtiger Hinweis:

Wenn Zwangsmaßnahmen von der/dem Bevollmächtigten beabsichtigt sind, ist die/der Bevollmächtigte verpflichtet, die notwendige Genehmigung des Betreuungsgerichtes einzuholen.

Besondere individuelle Wünsche zur Gesundheitsfürsorge

(Sie können hier auf die von Ihnen gefertigte Patientenverfügung verweisen oder ganz individuell Ihre Wünsche niederschreiben)

1.4.3 Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Die/der Bevollmächtigte ist weiterhin berechtigt, meinen Aufenthalt zu bestimmen.

* _____

Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, über Kündigung und Auflösung meiner Wohnung zu entscheiden. Sie/er ist berechtigt, die Verträge für eine andere Wohnung, Wohnform oder Unterbringung für mich abzuschließen.

* _____

Besondere individuelle Wünsche zu Wohnungsangelegenheiten

(z. B. möglichst lange Verbleib in der Wohnung, Wohnort, bevorzugte Einrichtung usw.)

1.4.4 Behörden- und Sozialversicherungsangelegenheiten

Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen behördlichen und sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten zu vertreten.

* _____

1.4.5 Post und Fernmeldeverkehr

Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich bestimmte Post entgegenzunehmen und zu öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr zu entscheiden.

* _____

1.4.6 Familienrechtliche Angelegenheiten

Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen familienrechtlichen Angelegenheiten zu vertreten.

* _____

1.4.7 Gerichtliche und außergerichtliche Vertretung

Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen Rechtsstreitigkeiten, die sich aus den vorgenannten Aufgabenkreisen ergeben, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.

* _____

Falls erforderlich, darf sie/er sich in meinem Namen der Hilfe eines Anwalts/einer Anwältin, eines Steuerberaters/einer Steuerberaterin und Ähnlichem sowie beratenden Stellen, z. B. eines Mieterschutzbundes, bedienen.

* _____

1.5 Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, so verlange ich, dass das Betreuungsgericht die/den von mir benannte/n Bevollmächtigte/n als meine/n rechtliche/n Betreuer/in bestellt.

* _____

Bei erheblichen Bedenken gegen die/den erste/n Bevollmächtigte/n sollte das Betreuungsgericht auch eine/n der Stellvertreter/innen in der genannten Reihenfolge als rechtliche/n Betreuer/in bestellen.

* _____

1.6 Inkrafttreten/Unterschrift

Die Vorsorgevollmacht tritt sofort in Kraft.

Die/der Bevollmächtigte darf im Innenverhältnis von dieser Vorsorgevollmacht erst Gebrauch machen,

- wenn ich geschäftsunfähig bin oder wenn ernsthafte Zweifel an meiner Geschäftsfähigkeit bestehen
- und/oder
- wenn ich einwilligungsunfähig in persönlichen Angelegenheiten bin.

Nachweis durch ein ärztliches Attest:

Ich möchte, dass meine Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit durch ein ärztliches Attest belegt wird. Für diesen Fall ist die/der Bevollmächtigte zur Einholung eines entsprechenden Attestes berechtigt. Ärzte/Ärztinnen sind insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden.

* _____

Die Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit muss nicht belegt werden.

* _____

Die Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus.

*

Sollten einzelne Teile der Vollmacht unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der restlichen Teile ändern.

Diese Vollmacht soll gelten, solange sie nicht durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen wird.

█

Ort, Datum und Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

█

Ort, Datum und Unterschrift der/des Bevollmächtigten

█

Ort, Datum und Unterschrift der 1. Stellvertreterin/des 1. Stellvertreters für die/den Bevollmächtigte/n

█

Ort, Datum und Unterschrift der 2. Stellvertreterin/des 2. Stellvertreters für die/den Bevollmächtigte/n

Beglaubigungsvermerk

2. Betreuungsverfügung

2.1 Wunsch Betreuer/in

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Handynummer

lege hiermit fest, dass, falls ich infolge einer Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein/e Betreuer/in für mich bestellt werden muss, das Betreuungsgericht die folgende Person als meine/n Betreuer/in einsetzt.

Beziehung zur/zum gewünschten Betreuer/in (z. B. Ehepartner/in, Lebensgefährte/-gefährtin, Kind ...)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Handynummer

Falls die vorstehende Person nicht zur/zum Betreuer/in bestellt werden kann, soll folgende Person eingesetzt werden.

Beziehung zur/zum gewünschten Betreuer/in (z. B. Ehepartner/in, Lebensgefährte/-gefährtin, Kind ...)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Handynummer

2.2 Wünsche

Ich verlange, dass das Betreuungsgericht und die/der Betreuer/in sich bei allen Entscheidungen an meinen hier festgelegten Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

* _____

2.2.1 Wünsche zur Vermögenssorge

2.2.2 Wünsche zur Gesundheitsvorsorge/Pflegebedürftigkeit

2.2.3 Wünsche zu Aufenthalt/Wohnungsangelegenheiten

2.2.4 Wünsche zu Behörden und Sozialversicherungsangelegenheiten

2.2.5 Wünsche zu Post und Fernmeldeverkehr

3. Patientenverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Handynummer

bestimme hiermit bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Nachfolgendes:

3.1 Ärztliche Aufklärung/Information

Ich möchte, dass mich das behandelnde ärztliche Fachpersonal genau und vollständig über meinen gesundheitlichen Zustand aufklärt, solange ich in der Lage bin, das zu verstehen. Ich möchte, dass bei der Aufklärung mein/e Bevollmächtigte/r oder rechtliche/r Betreuer/in zugegen ist. Sollte ich mich selbst nicht mehr äußern können, verpflichte ich das behandelnde ärztliche Fachpersonal, meine/n Bevollmächtigte/n oder rechtliche/n Betreuer/in sowie folgende Personen

(hier mit Vor- und Zunamen eintragen einschließlich Adresse, Telefon und Handynummer) genau über meine Krankheit zu informieren und mit ihnen die Möglichkeiten der Behandlung zu beraten.

* | Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen (z. B.: „ja, das möchte ich“ oder „nein, das möchte ich nicht“).

3.2. Beteiligung des Hausarztes/der Hausärztin

Ich möchte, dass mein/e Hausarzt/-ärztin

(Vor- und Zuname, Adresse, Telefon)

hinzugezogen wird, wenn Entscheidungen über meine weitere medizinische Behandlung getroffen werden müssen.

*

3.3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher/pflegerischer Maßnahmen

Hinweis: In unterschiedlichen Situationen möchten Sie ggf. unterschiedliche Entscheidungen treffen. In dieser Patientenverfügung haben Sie die Gelegenheit, je nach Situation Ihre individuelle Entscheidung festzuhalten.

3.3.1 Wenn festgestellt wird, dass ich mich

nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, sollen alle Maßnahmen entsprechend den im Folgenden dargelegten Wünschen durchgeführt werden:

a) Maßnahmen der Wiederbelebung

*

Falls ein/e Notarzt/-ärztin hinzugezogen wird, soll diese/r unverzüglich über meine Ablehnung von Maßnahmen der Wiederbelebung informiert werden

*

b) Schmerzbehandlung

*

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen, auch Mittel der Schmerzbehandlung mit bewusstseinsdämpfender Wirkung. Eine mögliche ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich dabei in Kauf

*

c) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr durch jede Art von Sonde mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

*

Künstliche Flüssigkeitszufuhr und/oder Flüssigkeit nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

d) Dialyse mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

e) Künstliche Beatmung mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

f) Transfusion von Blut/Blutbestandteilen zur Lebensverlängerung

* _____

Transfusion von Blut/Blutbestandteilen nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

g) Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen zur Lebensverlängerung

* _____

Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

3.3.2 Wenn festgestellt wird, dass ich mich

im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, sollen alle Maßnahmen entsprechend den im Folgenden dargelegten Wünschen durchgeführt werden:

a) Maßnahmen der Wiederbelebung

* _____

Falls ein/e Notarzt/-ärztin hinzugezogen wird, soll diese/r unverzüglich über meine Ablehnung von Maßnahmen der Wiederbelebung informiert werden.

* _____

b) Schmerzbehandlung

* _____

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen, auch Mittel der Schmerzbehandlung mit bewusstseinsdämpfender Wirkung. Eine mögliche ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich dabei in Kauf

* _____

c) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr durch jede Art von Sonde mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

Künstliche Flüssigkeitszufuhr und/oder Flüssigkeit nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

d) Dialyse mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

e) Künstliche Beatmung mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

f) Transfusion von Blut/Blutbestandteilen zur Lebensverlängerung

* _____

Transfusion von Blut/Blutbestandteilen nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

g) Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen zur Lebensverlängerung

* _____

Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

3.3.3 Wenn festgestellt wird,

dass ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (zum Beispiel bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, sollen alle Maßnahmen entsprechend den im Folgenden dargelegten Wünschen durchgeführt werden:

Hinweis: An dieser Stelle werden die Auswirkungen des Krankheitsbildes Demenz angesprochen. Im Verlauf der Erkrankung werden Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

a) Maßnahmen der Wiederbelebung

*

Falls ein Notarzt hinzugezogen wird, soll dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Maßnahmen der Wiederbelebung informiert werden

*

b) Schmerzbehandlung

*

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen, auch Mittel der Schmerzbehandlung mit bewusstseinsdämpfender Wirkung. Eine mögliche ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich dabei in Kauf

*

c) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr durch jede Art von Sonde mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

*

Künstliche Flüssigkeitszufuhr und/oder Flüssigkeit nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

*

d) Dialyse mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

*

e) Künstliche Beatmung mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

f) Transfusion von Blut/Blutbestandteilen zur Lebensverlängerung

* _____

Transfusion von Blut/Blutbestandteilen nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

g) Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen zur Lebensverlängerung

* _____

Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

3.3.4 Wenn festgestellt wird,

dass infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung von zwei erfahrenen Ärzten/Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, sollen alle Maßnahmen entsprechend den im Folgenden dargelegten Wünschen durchgeführt werden.

Dies gilt auch für direkte Hirnschädigung, zum Beispiel durch einen Unfall, einen Schlaganfall oder Entzündungen ebenso wie für indirekte Hirnschädigung, zum Beispiel nach einer Wiederbelebung, einem Schock oder Lungenversagen. Die schwerste Form ist ein wahrscheinlich unwiederbringlicher Verlust des Bewusstseins durch Ausfall des Großhirns (Koma).

Hinweis: Trotz des Verlustes der Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, kann in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein. Ein Aufwachen aus diesem Zustand ist nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich.

a) Maßnahmen der Wiederbelebung

* _____

Falls ein/e Notarzt/-ärztin hinzugezogen wird, soll diese/r unverzüglich über meine Ablehnung von Maßnahmen der Wiederbelebung informiert werden.

* _____

b) Schmerzbehandlung

* _____

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen, auch Mittel der Schmerzbehandlung mit bewusstseinsdämpfender Wirkung. Eine mögliche ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich dabei in Kauf

* _____

c) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr durch jede Art von Sonde mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

Künstliche Flüssigkeitszufuhr und/oder Flüssigkeit nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

d) Dialyse mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

e) Künstliche Beatmung mit dem Ziel, dass mein Leben verlängert wird

* _____

f) Transfusion von Blut/Blutbestandteilen zur Lebensverlängerung

* _____

Transfusion von Blut/Blutbestandteilen nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

g) Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen zur Lebensverlängerung

* _____

Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen nur im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung der Beschwerden

* _____

3.4 Schmerzbehandlung und Pflege

Wenn meine Erkrankung nicht mehr auf eine heilende Behandlung anspricht, erwarte ich, dass mein Recht auf eine letzte Lebenszeit und ein Sterben in Würde gewährleistet ist.

Dazu fordere ich, dass die ärztliche Behandlung sowie die pflegerische Begleitung auf die Linderung von Schmerzen, unangenehmen Nebenwirkungen und Angst gerichtet sind.

Eine ausreichende Schmerzbehandlung durch Schmerzmittelgabe ist mir besonders in den letzten Stunden wichtig. Ich fordere eine ausreichende Schmerzbehandlung jedoch schon vor Beginn der Sterbephase.

* _____

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen, fordere ich auch Mittel mit bewussteinzdämpfender Wirkung. Eine mögliche ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich dabei in Kauf.

* _____

3.5 Art und Weise des Sterbens

3.5.1 Angabe zum Ort

Nach Möglichkeit möchte ich zu Hause, in vertrauter Umgebung oder im gewohnten Seniorenhaus sterben.

* _____

Ich möchte im Krankenhaus sterben.

* _____

Ich möchte zum Sterben in ein Hospiz.

* _____

3.5.2 Angabe zum Beistand

Ich wünsche seelsorgerischen Beistand.

* _____

Ich wünsche die Begleitung durch ein ambulantes Hospiz.

* _____

Ich möchte Abschied von meinen Angehörigen und Freunden/Freundinnen nehmen.
Deshalb bitte ich um Benachrichtigung von:

(hier mit Vor- und Zunamen eintragen einschließlich Adresse, Telefon und Handynummer)

wenn absehbar ist, dass es mit meinem Leben unmittelbar zu Ende geht.

3.6 Weitere allgemeine Wünsche

Für den Fall, dass ich durch Krankheit, Unfall oder Behinderung unwiederbringlich oder vorübergehend zur Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, erkläre ich hiermit, dass ich über die bisher in der Patientenverfügung genannten Wünsche hinaus folgende medizinische Versorgung wünsche bzw. nicht wünsche:

* | Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen (z. B.: „ja, das möchte ich“ oder „nein, das möchte ich nicht“).

3.7 Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

* _____

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods unter Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen auf der Intensivstation entnommen werden können. Entgegen den Festlegungen in der Patientenverfügung gestatte ich deshalb ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des bereits vermuteten bzw. des erwarteten Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung des ärztlichen Fachpersonals in wenigen Tagen eintreten wird.

* _____

Ein Organspendeausweis ist vorhanden, eine Kopie des Ausweises füge ich bei.

3.8 Obduktion

Ich bin mit einer Obduktion einverstanden, wenn dadurch die Ursache meines Todes geklärt werden kann.

* _____

3.9 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung der Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung habe ich nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes niedergeschrieben. Daher soll der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von dem behandelnden ärztlichen Fachpersonal und dem Behandlungsteam befolgt werden.

Mein/e Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in soll dafür Sorge tragen, dass mein hier festgelegter Wille durchgesetzt wird.

Kann der/die behandelnde Arzt/Ärztin aufgrund ihrer/seiner Weltanschauung oder Berufsauffassung meinen Willen nicht respektieren, so verlange ich, dass die Verantwortung einer Ärztin/einem Arzt übergeben wird, die/der meine Verfügung respektiert.

* _____

In Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht geregelt sind, soll mein mutmaßlicher Wille, möglichst im Konsens aller Beteiligten, nach den Inhalten meiner Patientenverfügung ermittelt werden. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

* _____

Sollte kein Konsens erzielt werden, so wünsche ich, dass die letzte Entscheidung bei meiner/meinem Bevollmächtigten/Betreuer/in liegt.

* _____

Sollten sich in der akuten Behandlungssituation neue Möglichkeiten der Behandlung ergeben, die mir zum Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung nicht bekannt waren, soll mein/e Bevollmächtigte/r/Betreuer/in für mich entscheiden.

* _____

Sollte ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen haben, so wünsche ich nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

* _____

Hinweis: In der Phase der Einwilligungsunfähigkeit stehen möglicherweise Verhaltensweisen (leibliche Ausdrucksformen), Blicke oder andere Äußerungen im Widerspruch zu den Festlegungen in der Patientenverfügung.

Einige Menschen möchten ihre Festlegung so verbindlich beachtet sehen, dass sie die Patientenverfügung als vorrangig betrachten. Jedoch können Angehörige, Vertraute oder das behandelnde ärztliche Fachpersonal während der aktuellen Situation den Eindruck gewinnen, dass sich die Wünsche des Patienten/der Patientin geändert haben.

Wenn aber das behandelnde ärztliche Fachpersonal, das Behandlungsteam und/oder mein/e Bevollmächtigte/r/Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen meiner Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

* _____

Sollte kein Konsens erzielt werden, so wünsche ich, dass die letzte Entscheidung bei meiner/meinem Bevollmächtigten/Betreuer/in liegt.

* _____

3.10 Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

Ich habe zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit meiner/meinem Bevollmächtigten _____ über ihren Inhalt gesprochen.

Ich habe zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt.

3.11 Schlussformel

In dieser Patientenverfügung habe ich bestimmte Behandlungen ausdrücklich gewünscht oder abgelehnt. Ich verzichte ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

3.12 Unterschrift

Diese Patientenverfügung habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte sowie nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes niedergeschrieben.

Der Inhalt und die Konsequenzen meiner Entscheidungen sind mir bewusst.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.



Ort, Datum und Unterschrift

3.13 Bestätigung des/der Hausarztes/-ärztin

(ist empfehlenswert, jedoch juristisch nicht erforderlich)

Ich bestätige hiermit, dass Herr/Frau

über die Tragweite der niedergelegten Verfügung(en) aufgeklärt und im Bilde ist.



Ort, Datum und Unterschrift

4. Überprüfung und Bestätigung

der Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung

1. Datum der Überprüfung

Änderungen

Ort, Datum und Unterschrift

2. Datum der Überprüfung

Änderungen

Ort, Datum und Unterschrift

3. Datum der Überprüfung

Änderungen

Ort, Datum und Unterschrift

4. Datum der Überprüfung

Änderungen

Ort, Datum und Unterschrift

5. Datum der Überprüfung

Änderungen

Ort, Datum und Unterschrift

Auszüge aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

§ 164 Wirkung der Erklärung des Vertreters

- (1) Eine Willenserklärung, die jemand innerhalb der ihm zustehenden Vertretungsmacht im Namen des Vertretenen abgibt, wirkt unmittelbar für und gegen den Vertretenen. Es macht keinen Unterschied, ob die Erklärung ausdrücklich im Namen des Vertretenen erfolgt oder ob die Umstände ergeben, dass sie in dessen Namen erfolgen soll.

§ 167 Erteilung der Vollmacht

- (1) Die Erteilung der Vollmacht erfolgt durch Erklärung gegenüber dem zu Bevollmächtigenden oder dem Dritten, dem gegenüber die Vertretung stattfinden soll.
- (2) Die Erklärung bedarf nicht der Form, welche für das Rechtsgeschäft bestimmt ist, auf das sich die Vollmacht bezieht.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)

§ 287 Wirksamwerden von Beschlüssen

- (3) Ein Beschluss, der die Genehmigung nach § 1829 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zum Gegenstand hat, wird erst zwei Wochen nach Bekanntgabe an den Betreuer oder Bevollmächtigten sowie an den Verfahrenspfleger wirksam.

§ 298 Verfahren in Fällen des § 1829 des Bürgerlichen Gesetzbuchs

- (1) Das Gericht darf die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder den Widerruf einer Einwilligung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten (§ 1829 Absatz 1, 2 und 5 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) nur genehmigen, wenn es den Betroffenen zuvor persönlich angehört hat. Das Gericht soll die sonstigen Beteiligten anhören. Auf Verlangen des Betroffenen hat das Gericht eine ihm nahestehende Person anzuhören, wenn dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.
- (2) Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist stets erforderlich, wenn Gegenstand des Verfahrens eine Genehmigung nach § 1829 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist.
- (3) Vor der Genehmigung ist ein Sachverständigengutachten einzuholen. Der Sachverständige soll nicht auch der behandelnde Arzt sein.

Ausweis

Diesen Ausweis sollten Sie herausnehmen und immer bei sich tragen:



© **Betreuungsverein des Sozialdienstes katholischer Frauen im Ostvest e.V.**

Die Vervielfältigung und Veröffentlichung dieser Musterverfügungen ist – auch nach Umarbeitung – nur mit Genehmigung des Sozialdienstes katholischer Frauen im Ostvest e.V. zulässig.

Als Vervielfältigungen gelten z. B. Nachdruck, Fotokopie, Mikroverfilmung, Digitalisierung, Scannen sowie Speichern auf Datenträgern.

Herausgeber



Sozialdienst katholischer
Frauen im Ostvest e.V.

Datteln

Sozialdienst katholischer Frauen im Ostvest e.V.

Amandushaus
Nonnenrott 3
45711 Datteln

Ansprechpartnerin:

Frau Burger
Telefon: 02363 91009-14
E-Mail: daniela.burger@skf-ostvest.de

Waltrop

Sozialdienst katholischer Frauen im Ostvest e.V.

Kieselstr. 62
45731 Waltrop

Ansprechpartnerinnen:

Frau Burger
Frau Hagemann
Telefon: 02309 60780-20
E-Mail: daniela.burger@skf-ostvest.de

Haltern am See

Sozialdienst katholischer Frauen im Ostvest e.V.

Markt 9
45721 Haltern am See

Ansprechpartnerin:

Frau Muth-Felchner
Telefon: 02364 94603-13
E-Mail: anna.muth-felchner@skf-ostvest.de

Oer-Erkenschwick

Sozialdienst katholischer Frauen im Ostvest e.V.

Klein-Erkenschwicker-Str. 122 – 124
45739 Oer-Erkenschwick

Ansprechpartnerin:

Frau Hagemann
Telefon: 02363 91009-11
Telefon: 02363 91009-60
E-Mail: marie-theres.hagemann@skf-ostvest.de