



**Auftrag an die Deutsche Vorsorgedatenbank AG – STANDARDPAKET / EIGENE UNTERLAGEN**

**Auftraggeber**

Anrede, Titel, Name, Vorname (Person 1)	Anrede, Titel, Name, Vorname (Person 2)
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
E-Mail	
Telefon	

**Auftrag zur Digitalisierung und Hinterlegung**

Ich/Wir beauftrage/n die Deutsche Vorsorgedatenbank AG meine/unsere gelieferten Unterlagen zu digitalisieren, in der Datenbank der Deutschen Vorsorgedatenbank AG zu hinterlegen sowie im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer zu registrieren. Meine/Unsere Unterlagen sollen im Original eingelagert und jederzeit für berechnigte Personen und Institutionen für den Notfall verfügbar gemacht werden.

- Familien-Paket (2 Personen) zum Preis von einmalig 147,00 € \***
- volljährige Kinder in Ausbildung bzw. Studium bis zum vollendeten 25. Lebensjahr im Standardpaket (das gilt hier für \_\_\_\_ Kinder)\*\* zum Preis von jeweils einmalig 10,00 € \* und nur in Verbindung mit mindestens einem Elternteil.**

Bei einem Wechsel in das Premiumpaket innerhalb von 5 Jahren nach Kauf dieses Standardpaketes werden 75,00 € auf den Kaufpreis des Premiumpaketes angerechnet.

\* alle Preise inklusive gültiger gesetzlicher MwSt.

**Aufstellung der Unterlagen**

<input type="checkbox"/> Ich/Wir reiche/n die folgende/n Unterlagen auf Basis der Standardvorlagen der Deutschen Vorsorgedatenbank AG ein:	<input type="checkbox"/> Ich/Wir reiche/n die folgende/n bereits vorhandene/n Dokumente ein: Bitte tragen Sie die vorhanden Vollmachten und Verfügungen incl. Stückzahl hier ein					
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht incl. Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> separate Betreuungsverfügung (handschriftlich erstellt) <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Trauerverfügung <input type="checkbox"/> Sorgerechtsverfügung (handschriftlich erstellt) <input type="checkbox"/> Haus- und Großtierverfügung	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>					
	<input type="checkbox"/> Ich/Wir sind schon im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert. Ich/wir bitten um Änderung des Aufbewahrungs-ortes meiner/unsere Vollmachten/Verfügungen auf die Deutsche Vorsorgedatenbank AG					
	<input type="text" value="Meine /Unsere vorhandene/n Registernummer/n im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer"/>					

Der Auftrag zur Einlagerung und Hinterlegung ist zeitlich unbefristet und mit einer Frist von 3 Monaten jeweils zum Einlagerungsjahr kündbar. Ein Einlagerungsjahr beginnt mit dem Monat, in welchem die Deutsche Vorsorgedatenbank AG mit der Hinterlegung der Vollmachten und Verfügungen beauftragt wird.

Die digitalisierten Vollmachten/Verfügungen können durch die Hinterlegung bei der Deutschen Vorsorgedatenbank unter einer 24 Stunden erreichbaren Servicenummer, durch bevollmächtigte Personen, Ärzte und Notfalldienste in Kopie von jedem Ort der Welt per Mail, Fax oder Brief angefordert werden.

## Auftrag an die Deutsche Vorsorgedatenbank AG

### Jährliche Kosten für die Hinterlegung, Einlagerung und ständige Verfügbarkeit

Ich/Wir wünsche/n die Hinterlegung, Einlagerung und die ständige Verfügbarkeit meiner/unserer Vollmachten und Verfügungen zu folgenden Konditionen. Erstmals wird diese Summe nach Ablauf des ersten Lagerungsjahres fällig (also zum 13. Monat der Einlagerung).

**Familie 72,00 € \* jährlich**  
incl. der genannten Kinder\*\*

Jeder Kunde erhält eine Notfallkarte mit allen wichtigen Daten zu seinen Vollmachten /Verfügungen sowie seiner persönlichen Registrierungsnummer im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer.

Die Originale meine /unserer Vorsorgevollmacht/en bzw. meine /unserer Verfügungen dürfen nur persönlich oder durch meine/n/unsere/n Bevollmächtigte/n angefordert werden, wenn eine ärztliche Bescheinigung über die Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers vorgelegt wird. Der Ersatzbevollmächtigte erhält die Originaldokumente nur, wenn der Nachweis erbracht wird, dass der Hauptbevollmächtigte die Bevollmächtigung nicht ausüben will oder kann (Vorlage einer schriftlichen Erklärung des Bevollmächtigten) bzw. wenn der Hauptbevollmächtigte selbst geschäftsunfähig ist (durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung).

\* alle Preise inklusive gültiger gesetzlicher MwSt.

\*\*in Ausbildung bis zum vollendeten 25. Lebensjahr

### Updateservice

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG bietet allen Kunden einen jährlichen Updateservice an. Dieser ermöglicht Ihnen zum Beispiel Veränderungen in Ihrer Lebenssituation zu berücksichtigen. Bei Gesetzesänderungen, welche die Bearbeitung Ihrer Unterlagen erforderlich machen, nimmt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG schnellstmöglich mit Ihnen Kontakt auf.

Ja, ich wünsche den Updateservice der Deutschen Vorsorgedatenbank AG und gestatte eine Kontaktaufnahme per E-Mail, Telefon oder Post.

Nein, ich wünsche keinen Updateservice der Deutschen Vorsorgedatenbank AG per E-Mail, Telefon oder Post. Mir ist bewusst, dass dadurch die Rechtssicherheit sowie Aktualität meiner Dokumente nicht mehr gegeben sein kann.

\*alle Preise inklusive gültiger gesetzlicher MwSt.

### Einwilligungserklärung Datenschutz

Sie wünschen die Digitalisierung, Hinterlegung in der Datenbank der Deutschen Vorsorgedatenbank AG, die Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer sowie die Lagerung Ihrer Vollmachten und Verfügungen im Original durch die Deutsche Vorsorgedatenbank AG.

Dafür werden von Ihnen persönliche Daten benötigt. Diese umfassen Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum und Bankverbindung ebenso wie Name, Geburtsdatum und Anschrift der von Ihnen in den Vollmachten benannten Personen. In unserem Auftrag werden keine Gesundheitsangaben und Fragen zur Bonität erhoben.

Ihre Daten unterliegen dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Wir verpflichten uns, gemäß dieser Vorgaben mit den uns zur Verfügung gestellten Daten umzugehen. Dies wird durch gesicherte Lagerung der Originale und besonderen Schutz der gespeicherten Daten auf elektronischen Medien gewährleistet.

Ihre gespeicherten Daten werden ausschließlich im Fall der in unseren Verträgen geregelten und benannten Situationen an berechnete und legitimierte Personen bzw. Institutionen weiter gegeben. In keinem Fall werden Ihre Daten an Dritte weiter gegeben oder verkauft.

### Unterschrift Auftraggeber

Ich/Wir habe/n die Datenschutzerklärung sowie die allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und akzeptiere/n diese. Gleichzeitig bin ich/wir mit den Zahlungsbedingungen einverstanden, und akzeptiere/n diese. Ich/wir erteilen der Deutschen Vorsorgedatenbank AG hiermit die Vollmacht zur Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten an berechnete Personen (z.B. Bevollmächtigte, Ärzte) und Institutionen (z.B. Krankenhäuser, Gerichte).

Ort

Datum

Unterschrift Person 1

Unterschrift Person 2



## SEPA-Lastschriftmandat

Kundennummer :

Deutsche Vorsorgedatenbank AG  
Zwickauer Straße 90  
08393 Meerane

Gläubiger-Identifikation-Nr.  
DE58ZZZ00001113746

Das Mandat gilt für eine einmalige Zahlung

Das Mandat gilt für eine wiederkehrende Zahlung

### Mandatsreferenz

Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Deutsche Vorsorgedatenbank AG vor der ersten Abbuchung mit.

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Deutsche Vorsorgedatenbank AG, die einmalige Erstellungs- bzw. Digitalisierungsgebühr sowie die jährlichen Hinterlegungs- und Lagerungskosten von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/ weisen wir mein/ unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Deutsche Vorsorgedatenbank AG einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/ unseren Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Auftraggeber / Kontoinhaber

Herr  Frau

Name, Vorname  Straße, Hausnummer

Land  PLZ  Wohnort

### Bankverbindung

IBAN  BIC

Name des Kreditinstituts

### Ort, Datum und Unterschrift(en) Kontoinhaber

Ort  Datum  Unterschrift

### vom Auftraggeber abweichender Kontoinhaber

Bitte nur ausfüllen wenn Kontoinhaber nicht Auftraggeber ist.

Herr  Frau

Name, Vorname  Straße, Hausnummer

Land  PLZ  Wohnort  Geb.-Datum

## VORSORGEVOLLMACHT

Die persönlichen Daten des Vollmachtgebers:

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Geburtsname
-------------

Straße und Hausnummer
-----------------------

Postleitzahl und Wohnort
--------------------------

Email	Telefon
-------	---------

Registriernummer des Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (trägt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG ein):
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Registriernummer bei der Deutsche Vorsorgedatenbank AG: (trägt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG ein):
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bitte beachten:**

**Bitte füllen Sie diesen Vordruck handschriftlich aus. Bitte beantworten Sie alle Fragen.**

**Sollten Sie versehentlich eine Frage falsch beantworten führen Sie bitte keine Streichungen im Formular durch sondern benutzen Sie bitte eine neue Vorlage.**

**Schicken Sie uns bitte das Originalformular mit Ihrer Unterschrift zu.**

**VORSORGEVOLLMACHT**

Vorname und Name Vollmachtgeber:

**Ich als Vollmachtgeber bestimme für den Fall, dass ich aufgrund von Krankheit, Unfall oder Alter nicht mehr in der Lage bin meinen Willen frei zu bilden oder zu äußern, folgende Person zu meinem Bevollmächtigten:**

Name

Vorname

Anschrift

Geburtsdatum, Geburtsname

**Kann oder will der Bevollmächtigte aus gesundheitlichen oder persönlichen Gründen nicht für mich tätig werden benenne ich folgende Person zum Ersatzbevollmächtigten:**

Name

Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Geburtsname

**Mit dieser Vollmacht möchte ich ausdrücklich eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermeiden.**

Die Bevollmächtigten dürfen mich in den in der Vorsorgevollmacht benannten oder angekreuzten Bereichen vertreten. Sie tritt in Kraft wenn ein Arzt feststellt, dass ich aus gesundheitlichen Gründen (körperlich oder geistig) nicht mehr geschäftsfähig bin. Sie bleibt wirksam, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Sie behält über meinen Tod hinaus Gültigkeit. Die Vollmacht ist wirksam wenn die bevollmächtigte Person diese Vollmachturkunde besitzt und diese bei Vornahme von Rechtsgeschäften im Original vorlegen kann. Ich gehe davon aus das kein Betreuungsbedarf entstehen wird und deshalb eine Betreuung entbehrlich sein wird. Wenn und soweit aber neben der Vollmacht eine Betreuung erforderlich wird, soll der Bevollmächtigte auch zum Betreuer bestellt werden.

**Betreff: Gesundheit und Pflegebedürftigkeit** JA  NEIN

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege für mich entscheiden, auch über Einzelheiten einer stationären oder ambulanten Behandlung sowie über Pflegemaßnahmen. Liegt von mir eine Patientenverfügung vor, ist sie befugt meinen darin festgelegten Willen durchzusetzen.

 JA  NEIN

Sie darf ausdrücklich in alle Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes und zur Durchführung von Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in solche Maßnahmen widerrufen, selbst dann, wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs.1 und 2 BGB).

 JA  NEIN

Sie darf meine Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der durch mich bevollmächtigten Person von der Schweige-pflicht.

 JA  NEIN

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (wie zum Beispiel Bettgitter oder Medikamente) in einem Heim oder sonstigen Einrichtungen (§1906 Abs.4 BGB) entscheiden, solange es meinem Wohl dient.

 JA  NEIN

Sie darf entsprechend des § 1906 Abs.3 BGB in eine ärztliche Maßnahme nach § 1906 Abs.1 Nr.2 BGB (Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff) einwilligen, die meinem natürlichen Willen widerspricht (ärztliche Zwangsmaßnahme).

**Betreff: Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten** JA  NEIN

Die bevollmächtigte Person darf meinen Aufenthalt bestimmen. Sie nimmt die Rechte und Pflichten aus Mietverträgen zu meinem Wohnraum wahr und kann Mietverträge kündigen und meinen Haushalt auflösen.

 JA  NEIN

Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen oder auch einen Mietvertrag mit einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung abschließen und kündigen.

Ihre Unterschrift für diese Seite:

**VORSORGEVOLLMACHT**

Vorname und Name Vollmachtgeber:

**Betreff: Behörden / Renten- und Sozialleistungsträger / Vertretung vor Gericht / Versicherungen / sonstiges**

JA  NEIN Die bevollmächtigte Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern und vor Gericht vertreten. Sie darf bestehende Versicherungsverträge beenden oder abändern wenn dadurch keine Nachteile für mich entstehen können, indem existenziell wichtiger Versicherungsschutz verloren geht.

**Betreff: Post, Fernmeldeverkehr und weitere nicht einzeln genannte Dienstleister**

JA  NEIN Die bevollmächtigte Person darf die für mich bestimmte Post annehmen, öffnen und lesen. Sie darf zu bestehenden Verträgen mit Telefonanbietern, Kabelfernsehanbietern, der GEZ sowie zu bestehenden Abonnements und Verträgen (Zeitungen, regelmäßige Warenlieferungen, Dienstleistungen im Haushalt usw.) Willenserklärungen (z.B. Abschlüsse, Ummeldungen, Kündigungen) abgeben.

**Betreff: Vermögenssorge**

Für Immobiliengeschäfte und die Aufnahme von Darlehen ist eine notarielle Beurkundung der Vollmacht erforderlich!

Die bevollmächtigte Person darf:

- JA  NEIN Mein Vermögen verwalten und alle dafür notwendigen Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben sowie entgegennehmen. Sie darf Anträge stellen, abändern und zurücknehmen.
- JA  NEIN Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen  JA  NEIN Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- JA  NEIN Verbindlichkeiten eingehen  Schenkungen bis zu einem Wert in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  
oder  
 in dem Rahmen, der einem Betreuer gesetzlich gestattet wird, vornehmen.
- JA  NEIN Willenserklärungen betreffs meiner Konten, Depots, Schließfächer und Safes abgeben sowie mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Wenn die Hausbank nur eigene Formulare akzeptiert gilt folgendes:
- JA  NEIN Meine Hausbank stellt eigene Formulare für Kontovollmachten zur Verfügung.  
Ich habe bei meiner Hausbank eine solche Kontovollmacht hinterlegt.  
oder
- JA  NEIN Ich habe eine solche Kontovollmacht dieser Vorsorgevollmacht beigelegt.

**Betreff: Untervollmacht**

JA  NEIN Die bevollmächtigte Person darf für einzelne Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

**Betreff: Ergänzende Regelungen**

Ergänzungsblätter ( \_\_\_\_\_ Stück) sind beigelegt, von mir unterzeichnet und Bestandteil dieser Vorsorgevollmacht.

**Ich errichte diese Vorsorgevollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Ich untersage, dass mir bei Eintritt einer Situation, die diese Vollmacht wirksam werden lässt, unterstellt wird, ich hätte meinen hier geäußerten Willen zwischenzeitlich geändert. Ich kann diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern und widerrufen.**

Meine Ausweiskopie als Vollmachtgeber ist Anlage dieser Vorsorgevollmacht.

Ort und Datum

Unterschrift Vollmachtgeber



## PATIENTENVERFÜGUNG

Persönlichen Daten des Verfügenden:

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Geburtsname
-------------

Straße und Hausnummer
-----------------------

Postleitzahl und Wohnort
--------------------------

E-Mail	Telefon
--------	---------

Registernummer des Zentralen Vorsorgeregisters der Bundesnotarkammer (trägt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG ein):
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Registriernummer bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG (trägt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG ein):
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bitte beachten:**

**Bitte füllen Sie diesen Vordruck handschriftlich aus. Bitte beantworten Sie alle Fragen.**

**Sollten Sie versehentlich eine Frage falsch beantworten führen Sie bitte keine Streichungen im Formular durch sondern benutzen Sie bitte eine neue Vorlage.**

**Schicken Sie uns bitte das Originalformular mit Ihrer Unterschrift zu.**

# PATIENTENVERFÜGUNG

Anrede, Titel, Name	Vorname(n)
Geburtsname / Geburtsdatum	
Anschrift	
<p><b>Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich folgendes. Meine Patientenverfügung soll gelten (es können alle Situationen oder einzelne ausgewählte Situationen aber auch nur eine einzige Situation gewählt werden):</b></p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbar tödlich verlaufenden Krankheit, bei der der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, befinde.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich in Folge einer direkten oder indirekten Gehirnschädigung, erloschen sind, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ich bin mir bewusst, dass dadurch die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, jedoch unwahrscheinlich ist.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ich infolge eines weiter fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z. B. einer Demenzerkrankung, auch mit Hilfestellung nicht mehr in der Lage sein sollte, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Sie soll gelten, wenn ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Koma liege.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Weiterhin soll sie gelten, wenn ein nicht behandelbarer, dauerhafter Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers vorliegt.</p>	

## Festlegungen zur Einleitung, zu Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen:

In den oben beschriebenen und von mir angekreuzten Situationen wünsche ich entweder:

- JA  NEIN Dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten, meine Beschwerden zu lindern sowie fremdes und eigenes Gewebe und Organe zu erhalten, wenn damit mein Leben verlängert wird. Insbesondere stimme ich Maßnahmen wie der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebungsversuchen, der Dialyse und der künstlichen Beatmung zu. Der Gabe von Antibiotika stimme ich ebenfalls in jedem Fall zu. **Das heißt, ich wünsche eine maximale Verzögerung des Sterbeprozesses.**



# PATIENTENVERFÜGUNG

Name und Vorname:

JA  NEIN **Oder, bei Eintritt der auf Seite 1 beschriebenen Situationen verfüge ich folgendes:**

JA  NEIN **Ich wünsche keine lebenserhaltenden und lebensverlängernden Maßnahmen.**

JA  NEIN Bei meiner ärztlichen Behandlung in den genannten Situationen soll die palliativmedizinische Leidensminderung (aktive, ganzheitliche Behandlung einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung) im Vordergrund stehen.

JA  NEIN Ärzte und sonstige Behandler sollen verpflichtet sein, Atemnot, Schmerz, Übelkeit und unstillbaren Brechreiz, Erstickungsangst, schweren Angstzuständen und der Empfindung von Leid entgegenzuwirken. Eine umfassende und konsequente Schmerztherapie und Symptombehandlung wird ausdrücklich erbeten, auch dann, wenn die Mittel bewusstseinsdämpfend oder bewusstseinsverändernd wirken und zu einer ungewollten Lebenszeitverkürzung führen können.

JA  NEIN Ich wünsche eine pflegerische Optimalbehandlung, z.B. Dekubitusprophylaxe (Vorbeugung eines Druckgeschwürs) und die Bekämpfung von Juckreiz. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

### Ich wünsche außerdem:

JA  NEIN Maßnahmen der Reanimation bzw. Wiederbelebung.

JA  NEIN Künstliche Beatmung (bei NEIN auch die Einstellung einer bereits eingeleiteten Beatmung) unter der Voraussetzung dass mir Medikamente zur Linderung der Luftnot verabreicht werden auch dann wenn die Mittel bewusstseinsdämpfend oder bewusstseinsverändernd wirken und zu einer ungewollten Lebenszeitverkürzung führen können.

JA  NEIN Dialyse (bei NEIN auch die Einstellung einer bereits eingeleiteten Dialyse)

JA  NEIN Gabe von Antibiotika, Bluttransfusion und Gabe von Blutbestandteilen ausschließlich zur Beschwerdelinderung.

JA  NEIN Organverpflanzung oder Gabe von fremdem Gewebe.

JA  NEIN Künstliche Ernährung, zum Beispiel durch eine von außen verlegte PEG Magensonde, sowie künstliche Flüssigkeitszufuhr als Dauermaßnahme.

JA  NEIN Sterbehilfe im Rahmen des gesetzlich zulässigen.

### **Ort der Behandlung:**

Ich möchte:

JA  NEIN Wenn möglich zu Hause bzw. in einer mir vertrauten Umgebung sterben.

JA  NEIN Zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.

JA  NEIN Wenn möglich in einem Hospiz sterben.



# PATIENTENVERFÜGUNG

Name und Vorname:

## Beistand:

Ich möchte in der letzten Lebensphase Beistand durch folgende Personen:


Ich möchte in der letzten Lebensphase Beistand durch einen Vertreter oder Vertreterin folgender Kirche(n) oder Glaubensgemeinschaften:


JA
  NEIN
 Ich möchte in der letzten Lebensphase hospizlichen Beistand.

## Aussagen zur Verbindlichkeit bzw. zur Auslegung und Durchsetzung bzw. zum Widerruf der Patientenverfügung:

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie dem Pflegepersonal befolgt werden. Mein Vertreter, Betreuer oder Bevollmächtigter soll dafür sorgen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Auch dann, wenn auf Grund des Unterbleibens oder Abbruchs einer medizinischen Maßnahme der Tod oder eine Lebensverkürzung oder ein schwerer oder länger dauernder gesundheitlicher Schaden bei mir als Verfügendem eintreten kann. Sollte eine Ärztin oder ein Arzt nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und pflegerische Behandlung gesorgt wird und diese von meinem Vertreter, Betreuer oder Bevollmächtigten entsprechend meines Willens organisiert wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Richtschnur dafür ist diese Patientenverfügung.

## Organspende:

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

### Wenn die Frage bejaht wurde:

Komme ich laut ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen aus diesem Grund ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich durch meine Patientenverfügung ausgeschlossen habe

geht meine erklärte Bereitschaft zur Organspende vor,  
**oder**

es gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

JA
  NEIN
 Ich lehne die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.



# PATIENTENVERFÜGUNG

Name und Vorname:

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht:

Ich entbinde sämtliche mich behandelnde Ärztinnen und Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

- Meine in der von mir ebenfalls erstellten Vorsorgevollmacht genannten Bevollmächtigten und deren Ersatzbevollmächtigte.
- Das gilt auch für die folgende(n) weitere(n) Personen:

Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnanschrift

## Weitere Regelungen im Rahmen meiner Patientenverfügung:

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in konkreten Anwendungssituationen eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/ das Behandlungsteam/ meine Bevollmächtigten/ mein Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob diese Festlegung in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Widerruf und Änderung sind jederzeit formlos möglich. Ich erstelle und unterschreibe diese Patientenverfügung bei voller Einsichts- und Geschäftsfähigkeit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die voranstehende Verfügung nur insoweit, wie ich sie ausgefüllt, angekreuzt oder gestrichen habe.

Ort und Datum

Unterschrift

Auftrag an die Deutsche Vorsorgedatenbank AG

**TRAUERVERFÜGUNG (Anlage zur Patientenverfügung)**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Ich möchte nach meinem Ableben folgende Wünsche berücksichtigt wissen:

**Ich wünsche folgende Bestattungsart:**

Zum Beispiel: Erd-, Feuer-, See- oder anonyme Bestattung:

**Ich möchte hier bestattet werden:**

Ort / Anschrift / Friedhof:

Eine Grabstelle ist vorhanden:

 JA

 NEIN

Nummer der Grabstelle:

**Folgendes soll bitte beachtet werden:**

Wünsche, zum Beispiel: Ablauf, Traueranzeige, Musik, Ort für die Gedenkfeier, Grabstein usw.:

Für die entstehenden Bestattungskosten habe ich in folgender Form (Sparvertrag, Sparkonto, Sterbegeldversicherung usw.) vorgesorgt:

**Diese Verfügung ist ein Anhang zu meiner Patientenverfügung. Sie soll als Originaldokument mit meinen anderen Vollmachten/Verfügungen bei der Deutsche Vorsorgedatenbank AG eingelagert werden**

Ort:

Datum:

Unterschrift

## VORSORGEVOLLMACHT

Die persönlichen Daten des Vollmachtgebers:

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Geburtsname
-------------

Straße und Hausnummer
-----------------------

Postleitzahl und Wohnort
--------------------------

Email	Telefon
-------	---------

Registriernummer des Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (trägt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG ein):
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Registriernummer bei der Deutsche Vorsorgedatenbank AG: (trägt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG ein):
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bitte beachten:**

**Bitte füllen Sie diesen Vordruck handschriftlich aus. Bitte beantworten Sie alle Fragen.**

**Sollten Sie versehentlich eine Frage falsch beantworten führen Sie bitte keine Streichungen im Formular durch sondern benutzen Sie bitte eine neue Vorlage.**

**Schicken Sie uns bitte das Originalformular mit Ihrer Unterschrift zu.**

## VORSORGEVOLLMACHT

Vorname und Name Vollmachtgeber:

**Ich als Vollmachtgeber bestimme für den Fall, dass ich aufgrund von Krankheit, Unfall oder Alter nicht mehr in der Lage bin meinen Willen frei zu bilden oder zu äußern, folgende Person zu meinem Bevollmächtigten:**

Name

Vorname

Anschrift

Geburtsdatum, Geburtsname

**Kann oder will der Bevollmächtigte aus gesundheitlichen oder persönlichen Gründen nicht für mich tätig werden benenne ich folgende Person zum Ersatzbevollmächtigten:**

Name

Vorname

Anschrift

Geburtsdatum und Geburtsname

**Mit dieser Vollmacht möchte ich ausdrücklich eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermeiden.**

Die Bevollmächtigten dürfen mich in den in der Vorsorgevollmacht benannten oder angekreuzten Bereichen vertreten. Sie tritt in Kraft wenn ein Arzt feststellt, dass ich aus gesundheitlichen Gründen (körperlich oder geistig) nicht mehr geschäftsfähig bin. Sie bleibt wirksam, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Sie behält über meinen Tod hinaus Gültigkeit. Die Vollmacht ist wirksam wenn die bevollmächtigte Person diese Vollmachturkunde besitzt und diese bei Vornahme von Rechtsgeschäften im Original vorlegen kann. Ich gehe davon aus das kein Betreuungsbedarf entstehen wird und deshalb eine Betreuung entbehrlich sein wird. Wenn und soweit aber neben der Vollmacht eine Betreuung erforderlich wird, soll der Bevollmächtigte auch zum Betreuer bestellt werden.

### Betreff: Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

JA  NEIN

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege für mich entscheiden, auch über Einzelheiten einer stationären oder ambulanten Behandlung sowie über Pflegemaßnahmen. Liegt von mir eine Patientenverfügung vor, ist sie befugt meinen darin festgelegten Willen durchzusetzen.

JA  NEIN

Sie darf ausdrücklich in alle Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes und zur Durchführung von Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in solche Maßnahmen widerrufen, selbst dann, wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs.1 und 2 BGB).

JA  NEIN

Sie darf meine Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der durch mich bevollmächtigten Person von der Schweige-pflicht.

JA  NEIN

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (wie zum Beispiel Bettgitter oder Medikamente) in einem Heim oder sonstigen Einrichtungen (§1906 Abs.4 BGB) entscheiden, solange es meinem Wohl dient.

JA  NEIN

Sie darf entsprechend des § 1906 Abs.3 BGB in eine ärztliche Maßnahme nach § 1906 Abs.1 Nr.2 BGB (Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff) einwilligen, die meinem natürlichen Willen widerspricht (ärztliche Zwangsmaßnahme).

### Betreff: Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

JA  NEIN

Die bevollmächtigte Person darf meinen Aufenthalt bestimmen. Sie nimmt die Rechte und Pflichten aus Mietverträgen zu meinem Wohnraum wahr und kann Mietverträge kündigen und meinen Haushalt auflösen.

JA  NEIN

Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen oder auch einen Mietvertrag mit einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung abschließen und kündigen.

Ihre Unterschrift für diese Seite:

**VORSORGEVOLLMACHT**

Vorname und Name Vollmachtgeber:

**Betreff: Behörden / Renten- und Sozialleistungsträger / Vertretung vor Gericht / Versicherungen / sonstiges**

JA  NEIN Die bevollmächtigte Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern und vor Gericht vertreten. Sie darf bestehende Versicherungsverträge beenden oder abändern wenn dadurch keine Nachteile für mich entstehen können, indem existenziell wichtiger Versicherungsschutz verloren geht.

**Betreff: Post, Fernmeldeverkehr und weitere nicht einzeln genannte Dienstleister**

JA  NEIN Die bevollmächtigte Person darf die für mich bestimmte Post annehmen, öffnen und lesen. Sie darf zu bestehenden Verträgen mit Telefonanbietern, Kabelfernsehanbietern, der GEZ sowie zu bestehenden Abonnements und Verträgen (Zeitungen, regelmäßige Warenlieferungen, Dienstleistungen im Haushalt usw.) Willenserklärungen (z.B. Abschlüsse, Ummeldungen, Kündigungen) abgeben.

**Betreff: Vermögenssorge**

Für Immobiliengeschäfte und die Aufnahme von Darlehen ist eine notarielle Beurkundung der Vollmacht erforderlich!

Die bevollmächtigte Person darf:

JA  NEIN Mein Vermögen verwalten und alle dafür notwendigen Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben sowie entgegennehmen. Sie darf Anträge stellen, abändern und zurücknehmen.

JA  NEIN Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen  JA  NEIN Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

JA  NEIN Verbindlichkeiten eingehen  Schenkungen bis zu einem Wert in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  
oder  
 in dem Rahmen, der einem Betreuer gesetzlich gestattet wird, vornehmen.

JA  NEIN Willenserklärungen betreffs meiner Konten, Depots, Schließfächer und Safes abgeben sowie mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Wenn die Hausbank nur eigene Formulare akzeptiert gilt folgendes:

JA  NEIN Meine Hausbank stellt eigene Formulare für Kontovollmachten zur Verfügung.  
Ich habe bei meiner Hausbank eine solche Kontovollmacht hinterlegt.  
oder

JA  NEIN Ich habe eine solche Kontovollmacht dieser Vorsorgevollmacht beigelegt.

**Betreff: Untervollmacht**

JA  NEIN Die bevollmächtigte Person darf für einzelne Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

**Betreff: Ergänzende Regelungen**

Ergänzungsblätter ( \_\_\_\_\_ Stück) sind beigelegt, von mir unterzeichnet und Bestandteil dieser Vorsorgevollmacht.

**Ich errichte diese Vorsorgevollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Ich untersage, dass mir bei Eintritt einer Situation, die diese Vollmacht wirksam werden lässt, unterstellt wird, ich hätte meinen hier geäußerten Willen zwischenzeitlich geändert. Ich kann diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern und widerrufen.**

Meine Ausweiskopie als Vollmachtgeber ist Anlage dieser Vorsorgevollmacht.

Ort und Datum

Unterschrift Vollmachtgeber



## PATIENTENVERFÜGUNG

Persönlichen Daten des Verfügenden:

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Geburtsname
-------------

Straße und Hausnummer
-----------------------

Postleitzahl und Wohnort
--------------------------

E-Mail	Telefon
--------	---------

Registernummer des Zentralen Vorsorgeregisters der Bundesnotarkammer (trägt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG ein):
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Registriernummer bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG (trägt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG ein):
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bitte beachten:**

**Bitte füllen Sie diesen Vordruck handschriftlich aus. Bitte beantworten Sie alle Fragen.**

**Sollten Sie versehentlich eine Frage falsch beantworten führen Sie bitte keine Streichungen im Formular durch sondern benutzen Sie bitte eine neue Vorlage.**

**Schicken Sie uns bitte das Originalformular mit Ihrer Unterschrift zu.**



# PATIENTENVERFÜGUNG

Anrede, Titel, Name	Vorname(n)
Geburtsname / Geburtsdatum	
Anschrift	
<p><b>Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich folgendes. Meine Patientenverfügung soll gelten (es können alle Situationen oder einzelne ausgewählte Situationen aber auch nur eine einzige Situation gewählt werden):</b></p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbar tödlich verlaufenden Krankheit, bei der der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, befinde.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich in Folge einer direkten oder indirekten Gehirnschädigung, erloschen sind, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ich bin mir bewusst, dass dadurch die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, jedoch unwahrscheinlich ist.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ich infolge eines weiter fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z. B. einer Demenzerkrankung, auch mit Hilfestellung nicht mehr in der Lage sein sollte, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Sie soll gelten, wenn ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Koma liege.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Weiterhin soll sie gelten, wenn ein nicht behandelbarer, dauerhafter Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers vorliegt.</p>	

## Festlegungen zur Einleitung, zu Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen:

In den oben beschriebenen und von mir angekreuzten Situationen wünsche ich entweder:

- JA  NEIN Dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten, meine Beschwerden zu lindern sowie fremdes und eigenes Gewebe und Organe zu erhalten, wenn damit mein Leben verlängert wird. Insbesondere stimme ich Maßnahmen wie der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebungsversuchen, der Dialyse und der künstlichen Beatmung zu. Der Gabe von Antibiotika stimme ich ebenfalls in jedem Fall zu.  
**Das heißt, ich wünsche eine maximale Verzögerung des Sterbeprozesses.**

# PATIENTENVERFÜGUNG

Name und Vorname: 

JA  NEIN **Oder, bei Eintritt der auf Seite 1 beschriebenen Situationen verfüge ich folgendes:**

JA  NEIN **Ich wünsche keine lebenserhaltenden und lebensverlängernden Maßnahmen.**

JA  NEIN Bei meiner ärztlichen Behandlung in den genannten Situationen soll die palliativmedizinische Leidensminderung (aktive, ganzheitliche Behandlung einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung) im Vordergrund stehen.

JA  NEIN Ärzte und sonstige Behandler sollen verpflichtet sein, Atemnot, Schmerz, Übelkeit und unstillbaren Brechreiz, Erstickungsangst, schweren Angstzuständen und der Empfindung von Leid entgegenzuwirken. Eine umfassende und konsequente Schmerztherapie und Symptombehandlung wird ausdrücklich erbeten, auch dann, wenn die Mittel bewusstseinsdämpfend oder bewusstseinsverändernd wirken und zu einer ungewollten Lebenszeitverkürzung führen können.

JA  NEIN Ich wünsche eine pflegerische Optimalbehandlung, z.B. Dekubitusprophylaxe (Vorbeugung eines Druckgeschwürs) und die Bekämpfung von Juckreiz. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Ich wünsche außerdem:

JA  NEIN Maßnahmen der Reanimation bzw. Wiederbelebung.

JA  NEIN Künstliche Beatmung (bei NEIN auch die Einstellung einer bereits eingeleiteten Beatmung) unter der Voraussetzung dass mir Medikamente zur Linderung der Luftnot verabreicht werden auch dann wenn die Mittel bewusstseinsdämpfend oder bewusstseinsverändernd wirken und zu einer ungewollten Lebenszeitverkürzung führen können.

JA  NEIN Dialyse (bei NEIN auch die Einstellung einer bereits eingeleiteten Dialyse)

JA  NEIN Gabe von Antibiotika, Bluttransfusion und Gabe von Blutbestandteilen ausschließlich zur Beschwerdelinderung.

JA  NEIN Organverpflanzung oder Gabe von fremdem Gewebe.

JA  NEIN Künstliche Ernährung, zum Beispiel durch eine von außen verlegte PEG Magensonde, sowie künstliche Flüssigkeitszufuhr als Dauermaßnahme.

JA  NEIN Sterbehilfe im Rahmen des gesetzlich zulässigen.

## Ort der Behandlung:

Ich möchte:

JA  NEIN Wenn möglich zu Hause bzw. in einer mir vertrauten Umgebung sterben.

JA  NEIN Zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.

JA  NEIN Wenn möglich in einem Hospiz sterben.



# PATIENTENVERFÜGUNG

Name und Vorname:

## Beistand:

Ich möchte in der letzten Lebensphase Beistand durch folgende Personen:


Ich möchte in der letzten Lebensphase Beistand durch einen Vertreter oder Vertreterin folgender Kirche(n) oder Glaubensgemeinschaften:


JA
  NEIN
 Ich möchte in der letzten Lebensphase hospizlichen Beistand.

## Aussagen zur Verbindlichkeit bzw. zur Auslegung und Durchsetzung bzw. zum Widerruf der Patientenverfügung:

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie dem Pflegepersonal befolgt werden. Mein Vertreter, Betreuer oder Bevollmächtigter soll dafür sorgen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Auch dann, wenn auf Grund des Unterbleibens oder Abbruchs einer medizinischen Maßnahme der Tod oder eine Lebensverkürzung oder ein schwerer oder länger dauernder gesundheitlicher Schaden bei mir als Verfügendem eintreten kann. Sollte eine Ärztin oder ein Arzt nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und pflegerische Behandlung gesorgt wird und diese von meinem Vertreter, Betreuer oder Bevollmächtigten entsprechend meines Willens organisiert wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Richtschnur dafür ist diese Patientenverfügung.

## Organspende:

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

### Wenn die Frage bejaht wurde:

Komme ich laut ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen aus diesem Grund ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich durch meine Patientenverfügung ausgeschlossen habe

geht meine erklärte Bereitschaft zur Organspende vor,  
**oder**

es gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

JA
  NEIN
 Ich lehne die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.



# PATIENTENVERFÜGUNG

Name und Vorname:

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht:

Ich entbinde sämtliche mich behandelnde Ärztinnen und Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

- Meine in der von mir ebenfalls erstellten Vorsorgevollmacht genannten Bevollmächtigten und deren Ersatzbevollmächtigte.
- Das gilt auch für die folgende(n) weitere(n) Personen:

Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnanschrift

Weitere Regelungen im Rahmen meiner Patientenverfügung:

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in konkreten Anwendungssituationen eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/ das Behandlungsteam/ meine Bevollmächtigten/ mein Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob diese Festlegung in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Widerruf und Änderung sind jederzeit formlos möglich. Ich erstelle und unterschreibe diese Patientenverfügung bei voller Einsichts- und Geschäftsfähigkeit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die voranstehende Verfügung nur insoweit, wie ich sie ausgefüllt, angekreuzt oder gestrichen habe.

Ort und Datum

Unterschrift



## Auftrag an die Deutsche Vorsorgedatenbank AG

**TRAUERVERFÜGUNG** (Anlage zur Patientenverfügung)

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Ich möchte nach meinem Ableben folgende Wünsche berücksichtigt wissen:

**Ich wünsche folgende Bestattungsart:**

Zum Beispiel: Erd-, Feuer-, See- oder anonyme Bestattung:

**Ich möchte hier bestattet werden:**

Ort / Anschrift / Friedhof:

Eine Grabstelle ist vorhanden:

 JA NEIN

Nummer der Grabstelle:

**Folgendes soll bitte beachtet werden:**

Wünsche, zum Beispiel: Ablauf, Traueranzeige, Musik, Ort für die Gedenkfeier, Grabstein usw.:

Für die entstehenden Bestattungskosten habe ich in folgender Form (Sparvertrag, Sparkonto, Sterbegeldversicherung usw.) vorgesorgt:

**Diese Verfügung ist ein Anhang zu meiner Patientenverfügung. Sie soll als Originaldokument mit meinen anderen Vollmachten/Verfügungen bei der Deutsche Vorsorgedatenbank AG eingelagert werden**

Ort:

Datum:

Unterschrift

# Allgemeine Geschäftsbedingungen

der

DV – Deutsche Vorsorgedatenbank AG, Zwickauer Str. 90, 08393 Meerane

## § 1. Geltungsbereich

Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) gelten für die vertraglichen Rechtsbeziehungen zwischen der DV Deutsche Vorsorgedatenbank AG und ihrem ausschließlich als Privatperson handelnden Auftraggebern.

## § 2. Leistungen

Die DV Deutsche Vorsorgedatenbank AG erbringt folgende Leistungen:

- die Verwahrung von Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung mit Trauerverfügung sowie zusätzliche Einzelausfertigungen der Organverfügung, Post- und Versicherungsverfügung sowie die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, Tierverfügung, Sorgerechtsverfügung (näheres siehe unten unter (1.);
- die Vermittlung von Rechtsanwälten, die diese Dokumente erstellen (siehe unten unter (2.)) und die jährliche Erinnerung an eine womöglich notwendige Aktualisierung bzw. die Vornahme derselben (Update-Service) (siehe unten unter (3.));
- 24-Stunden-Notfall-Hotline (siehe unten unter (4.)).

Die Vermittlung von Rechtsanwälten, der Update-Service und die Nutzung der 24-Stunden-Notfall-Hotline sind nur in Verbindung mit dem Abschluss eines Verwahrungsvertrages mit der Deutschen Vorsorgedatenbank AG möglich. Der Verwahrungsvertrag kann ohne die Nutzung der weiteren Dienstleistungsangebote der Deutschen Vorsorgedatenbank AG abgeschlossen werden.

(1.) Verwahrung:

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG registriert die oben angeführten Vollmachten und Verfügungen nach Posteingang im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer, digitalisiert die Dokumente und lagert die Originale bei der Firma

Reisswolf Akten- und Datenvernichtung GmbH, Abteilung Archivservices, Fischweg 14a in 09114 Chemnitz

ein. Jeder Auftraggeber erhält eine persönliche Notfallkarte sowie beglaubigte Kopien seiner Dokumente.

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG behält sich vor, den Kreis der zu verwahrenden und ggf. durch die vermittelten Rechtsanwälte zu erstellenden Dokumente den jeweiligen Bedürfnissen der aktuellen Rechtsentwicklung anzupassen.

**Hinweis:** Diese Verwahrung ersetzt nicht die amtliche Verwahrung von notariellen Testamenten und Erbverträgen bei Gericht oder bei einem Notar gemäß § 34 Beurkundungsgesetz.

### (2.) Vermittlung von Rechtsberatung:

Durch die Deutsche Vorsorgedatenbank AG bzw. deren Mitarbeiter erfolgt keine Rechtsberatung.

Der Auftraggeber übermittelt der Deutsche Vorsorgedatenbank AG über ein entsprechendes Online-Formular oder in Form eines schriftlichen Auftrags seine zur Erstellung der näher bezeichneten Dokumente notwendigen persönlichen Daten.

Mit dem Absenden des Online-Formulars oder des schriftlichen Auftrags an die Deutsche Vorsorgedatenbank AG räumt der Auftraggeber dieser ausdrücklich das Recht ein, die übermittelten Daten ausschließlich für Zwecke der oben genannten Vermittlung bzw. den Versuch der Vermittlung eines Rechtsanwaltes telefonisch und auch per Mail in unverschlüsselter Form an einen oder mehrere Juristen weiterzuleiten.

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG leitet diese Daten an Rechtsanwälte weiter, die dann auf der Basis der vom Auftraggeber gemachten Angaben die entsprechenden Unterlagen erstellen.

Diese Dokumente können nur in Verbindung mit dem Auftrag zur Einlagerung bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG erstellt werden.

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG erstellt selbst keine Dokumente und erbringt keine Rechtsdienstleistung. Der Vertrag über die Erstellung der vom Auftraggeber gewünschten Regelungen und Dokumente kommt ausschließlich zwischen dem Auftraggeber und dem entsprechenden Rechtsanwalt zu stande.

### (3.) Update-Service:

Der Auftraggeber kann einmal jährlich die Prüfung seiner über die Deutschen Vorsorgedatenbank AG eingelagerten Dokumente verlangen, um diese rechtlich und persönlich auf dem aktuellen Stand zu halten. Zu diesem Zwecke tritt die Deutsche Vorsorgedatenbank AG oder einer ihrer Kooperationspartner an den Auftraggeber heran und erinnert diesen daran, seine Regelungen ggf. seinen geänderten persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen anzupassen.

Ändert sich die Rechtslage werden die eingelagerten Dokumente ohne Mehrkosten auf Antrag angepasst. Müssen Vollmacht bzw. Patientenverfügung aufgrund geänderter persönlicher Verhältnisse und / oder entsprechender Wünsche und Vorstellungen des Auftraggebers anwaltlich komplett neu erstellt werden, ist dies auf Antrag jederzeit möglich. Pro Person fallen dafür Gebühren in Höhe von 25,00 Euro (inklusive der gesetzlichen Umsatzsteuer in Höhe von 19%) an, unabhängig von der Zahl der zu ändernden Dokumente.

#### (4.) 24-Stunden-Notfallhotline:

Die Dokumente stehen über die 24-Stunden Notfallhotline berechtigten Institutionen und Personen im Notfall, also in dem Falle, dass die getroffenen Vorsorgeregulungen greifen, zum Abruf bereit.

### **§ 3. Vertragsschluss**

Der Verwahrungsvertrag zwischen der Deutschen Vorsorgedatenbank AG und dem Auftraggeber kommt jeweils durch die Annahme der Dokumente durch die Deutschen Vorsorgedatenbank AG zustande.

Es steht der Deutschen Vorsorgedatenbank AG frei, einen Auftrag zur Verwahrung und damit die Annahme einer Sendung jederzeit und ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Es steht der Deutschen Vorsorgedatenbank AG ferner frei, seine hier beschriebenen Leistungen jederzeit ganz einzustellen. Für zu diesem Zeitpunkt bereits in Verwahrung genommene Dokumente garantiert die Deutsche Vorsorgedatenbank AG die Rücksendung der Originalunterlagen an den jeweiligen Auftraggeber. Jeder registrierte potentielle Auftraggeber wird von der Einstellung dieses Services per Mail benachrichtigt.

Der Vertrag über die Vermittlung von Rechtsanwälten zur Erstellung von Vorsorgedokumenten etc., über den Update-Service und über die Nutzung der 24-Stunden-Notfall-Hotline, kommt mit dem Absenden des Onlineformulars bzw. mit dem Zugang des Fragebogens (Papiervariante) bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG zustande.

### **§ 4. Pflichten des Auftraggebers**

Der Auftraggeber erhält die anwaltlich erstellten Dokumente per Post. Er kontrolliert die Dokumente auf Vollständigkeit sowie insbesondere die Richtigkeit der von ihm getätigten Angaben zu seinen persönlichen Daten. Unrichtige oder fehlende Angaben müssen der Deutschen Vorsorgedatenbank AG bzw. dem vermittelten Rechtsanwalt gemeldet werden, um eine Korrektur durchzuführen.



Unrichtige Angaben des Auftraggebers können die Wirksamkeit der Vollmachten und Verfügungen beeinträchtigen oder verhindern, so dass der vom Auftraggeber gewünschte Zweck der Regelungen gefährdet oder verfehlt wird.

Der Auftraggeber sendet die unterzeichneten Originaldokumente möglichst innerhalb von 14 Tagen per Briefpost an die Deutsche Vorsorgedatenbank AG zurück. Werden bereits bezahlte Originaldokumente trotz einmaliger schriftlicher Erinnerung nicht zurück gesandt, erlischt der Vertrag zur Einlagerung und der damit verbundenen Serviceleistungen.

Der Auftraggeber hat sicherzustellen, dass auf seiner Seite die technischen und tatsächlichen Voraussetzungen für den Empfang der Dateien und Inhalte gegeben sind. Ebenso ist es Sache des Auftraggebers, geeignete Software bereitzuhalten, die ein ordnungsgemäßes Öffnen, Bearbeiten und Ausdrucken der Dateien und Inhalte ermöglicht.

Der Auftraggeber verpflichtet sich, Änderungen in seinen Kontaktdaten (Adresse, Telefon, E-Mail o.ä.) unverzüglich der Deutschen Vorsorgedatenbank mitzuteilen.

## **§ 5. Preise, Zahlungsbedingungen und Verzug**

Die Preise für die vom Auftraggeber gebuchten Leistungen der Deutschen Vorsorgedatenbank AG ergeben sich aus der jeweiligen Produktbeschreibungsseite und / oder dem jeweiligen Bestellformular.

Alle Preise enthalten die jeweils gültige gesetzliche Mehrwertsteuer.

Der Auftraggeber hat bei der Bestellung dafür Sorge zu tragen, dass die Angaben sämtlicher Daten mit den gewünschten Daten auf der Rechnung übereinstimmen. Nachträgliche Änderungen auf Rechnungen können nicht erfolgen.

Der Auftraggeber ist nicht berechtigt, Zahlungen zurückzuhalten, sofern ihm nicht ein gesetzliches Zurückbehaltungsrecht zusteht.

Preisänderungen bleiben der Deutschen Vorsorgedatenbank AG vorbehalten.

Der Versand der durch die vermittelten Rechtsanwälte erstellten Dokumente erfolgt erst nach vollständiger Zahlung des in Rechnung gestellten Betrages.

Bei Zahlungen per Lastschrift gilt: Der Auftraggeber hat dafür Sorge zu tragen, dass die angegebene Bankverbindung korrekt ist, er über das Bankkonto verfügungsberechtigt ist und das Bankkonto zum Zeitpunkt der Abbuchung eine entsprechende Deckung aufweist. Kosten für fehlgeschlagene Abbuchungen, insbesondere Rücklastschrift- und Mahngebühren (siehe nächster Punkt), werden dem Auftraggeber berechnet, sofern nicht die Deutsche Vorsorgedatenbank AG für das Fehlschlagen verantwortlich ist.

Alle Zahlungen sind sofort fällig. Es tritt Verzug ein, wenn eine Abbuchung des Preises fehlschlägt oder eine rechtzeitige fristgerechte Zahlung der Rechnung per Überweisung ohne Rechtsgrund nicht erfolgt.

Ist der Auftraggeber im Verzug, berechnet die Deutsche Vorsorgedatenbank AG pauschal EUR 5,00 je Mahnung als Verzugsschaden. Die Geltendmachung eines weitergehenden Verzugsschadens bleibt vorbehalten.

Kommt es zu einer Rücklastschrift, die der Auftraggeber zu Verantworen hat, werden die Kosten der Rücklastschrift dem Auftraggeber in Rechnung gestellt.

Stehen die Lagerungs-/Verwahrungsgebühren trotz Mahnung für das laufende Einlagerungsjahr aus, wird die Deutsche Vorsorgedatenbank AG als Verwalter der Originalunterlagen im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer gelöscht. Die Service Hotline steht ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zur Verfügung. Der Anspruch auf den Updateservice entfällt. Der Auftraggeber erhält ein schriftliches Angebot zur Rücksendung der Originaldokumente gegen Kostenübernahme. An dieses Angebot hält sich die Deutsche Vorsorgedatenbank AG für 4 Wochen ab Postausgang gebunden. Wird dieses Angebot abgelehnt bzw. erfolgt keine Annahme dieses Angebotes durch den Auftraggeber werden die Dokumente unter Beachtung des Datenschutzes umgelagert. Diese werden dann am Firmensitz der Deutschen Vorsorgedatenbank AG (Derzeit 08393 Meerane) zur Selbstabholung durch den Auftraggeber für 3 Jahre verwahrt.

## **§ 6. Vertragslaufzeit und Beendigung**

Der Vertrag zur Einlagerung der Originalunterlagen und der damit verbundenen Dienstleistungen wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Vertrag kann ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 8 Wochen schriftlich zum Ablauf eines Einlagerungsjahres (maßgeblich ist der Zugang bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG) gekündigt werden.

Das Einlagerungsjahr beginnt zum nächsten Monatsersten, der auf die erstmalige Einlagerung der Unterlagen folgt.

Nach einer Kündigung wird die Deutsche Vorsorgedatenbank AG zum Ablauf des Einlagerungsjahres als Verwalter der Originalunterlagen im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer gelöscht. Die Notfallkarte verliert ihre Gültigkeit. Gespeicherte Daten des Auftraggebers werden gelöscht sofern diese nicht die aus rechtlichen oder steuerlichen Gründen bewahrt werden müssen.

Die mit dem Versand der Originalunterlagen entstehenden Kosten trägt der Auftraggeber. Diese werden vorab (vor dem Versand an den Auftraggeber) per Rechnung erhoben.

## **§ 7. Haftung**

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG haftet nur für Schäden im Zusammenhang mit der Verwahrung der Dokumente, soweit die Haftung nicht durch Pflichtverletzungen der die Verwahrung konkret übernehmenden Reisswolf Akten- und Datenvernichtung GmbH begründet wurde.

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG haftet nicht für Auswirkungen von durch dem Auftraggeber falsch eingegebenen Daten.

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG wendet größte Sorgfalt bei der Erstellung und Pflege der Dateien und Inhalte auf. Gleichwohl kann die Deutsche Vorsorgedatenbank AG keine Gewähr dafür übernehmen, dass die Dateien und Inhalte für die konkreten Bedürfnisse des Auftraggebers passend und richtig sind. Der Auftraggeber wählt die Dateien und Inhalte eigenverantwortlich aus und verwendet diese eigenverantwortlich. Die Haftung von der Deutsche Vorsorgedatenbank AG für die falsche Verwendung der Dateien und Inhalte ist ausgeschlossen.

Die Haftung der Deutschen Vorsorgedatenbank AG im Übrigen ist auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Davon ausgenommen ist die Haftung für Schäden an Körper, Leben und Gesundheit sowie für die Verletzung wesentlicher Vertragspflichten (Kardinalpflichten), für die die gesetzlichen Haftungsregeln uneingeschränkt gelten.

## **§ 8. Datenspeicherung**

Um den Vertrag erfüllen zu können werden vom Auftraggeber persönliche Daten benötigt. Diese umfassen zum Beispiel Namen, Anschrift, Geburtsdatum und Bankverbindung ebenso wie beispielsweise Namen, Geburtsdatum und Anschrift der vom Auftraggeber in den Vollmachten benannten Bevollmächtigten.

Ihre Daten unterliegen dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG verpflichtet sich gemäß dieser Vorgaben mit den durch den Auftraggeber übermittelten und zur Verfügung gestellten Daten umzugehen. Dies wird durch gesicherte Lagerung der Originale bei der Firma:

Reisswolf Akten- und Datenvernichtung GmbH, Abteilung Archivservices, Fischweg 14a in 09114 Chemnitz

und besonderen Schutz der gespeicherten Daten auf elektronischen Medien gewährleistet.

Die Daten des Auftraggebers werden ausschließlich für die Erstellung der persönlichen Vollmachten und Verfügungen durch beauftragte Rechtsanwälte sowie für die vereinbarten Serviceleistungen (Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer, Notfallkarte sowie jährlicher Updateservice, 24-Stunden-Notfall-Hotline) verwendet. Im Notfall werden Daten an berechnigte und legitimierte Personen (z.B. Richter am Betreuungsgericht) bzw. Institutionen weiter gegeben. In keinem Fall werden die Daten des Auftraggebers an Dritte weiter gegeben oder verkauft. Die Originale der Vorsorgevollmachten und Verfügungen werden nur persönlich oder an die Bevollmächtigten ausgehändigt, letzteres nur wenn eine ärztliche Bescheinigung

über die Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers vorgelegt wird. Der Ersatzbevollmächtigte erhält die Originaldokumente nur, wenn der Nachweis erbracht wird, dass der Hauptbevollmächtigte die Bevollmächtigung nicht ausüben will oder kann (Vorlage einer schriftlichen Erklärung des Bevollmächtigten) bzw. wenn der Hauptbevollmächtigte selbst geschäftsunfähig ist (durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung). Der Versand der Originaldokumente kann auch im Auftrag der Deutschen Vorsorgedatenbank AG direkt durch die Reisswolf Akten- und Datenvernichtung GmbH erfolgen.

## **§ 9. Salvatorische Klausel**

Sollte eine der Bestimmungen dieser AGB unwirksam sein oder werden, wird hierdurch der Bestand der übrigen Regelungen nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine wirksame zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Sinn der unwirksamen am nächsten kommt. Entsprechendes gilt für Lücken in diesen AGB.

Die Deutsche Vorsorgedatenbank AG kann diese Vertragsbedingungen jederzeit ändern. In diesem Fall könnten die jetzt auf die konkrete Bestellung anwendbaren AGB zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr abrufbar sein. Der Auftraggeber hat die Möglichkeit, die aktuellen AGB jetzt zu [Adresse] (PDF-Format) zu speichern oder für seine Unterlagen auszudrucken. Eine Speicherung der Vertragsdaten durch die Deutsche Vorsorgedatenbank AG findet nicht statt.

Stand: 01.10.2014