

# Vorsorge-Mappe



- **Vollmacht**
- **Vorsorgevollmacht**
- **Betreuungsverfügung**
- **Patientenverfügung**
- **Notfallausweis**

*StädteRegion  
Aachen*

*Betreuungsbehörde*

**Aktive Region**

**Nachhaltige Region**

**BildungsRegion**

**Soziale Region**



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Betreuungsbehörde</b>	<b>4</b>
<b>2. Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>3. Vorsorgevollmacht</b>	<b>7</b>
1. Was ist beim Erstellen einer Vorsorgevollmacht zu beachten?	7
2. Welche Angelegenheiten können mit einer Vorsorgevollmacht geregelt werden?	7-8
3. Worin unterscheidet sich eine Generalvollmacht von einer Vorsorgevollmacht?	9
4. Ist es möglich, dass das Gericht eingeschaltet werden muss, obwohl eine umfassende Vorsorgevollmacht erstellt wurde?	9
5. Wie lange gilt eine Vorsorgevollmacht?	9
6. Worin unterscheidet sich eine Vollmacht von einer Vorsorgevollmacht?	9
<b>4. Betreuungsverfügung</b>	<b>10</b>
<b>5. Patientenverfügung</b>	<b>11</b>
<b>6. Vordruck Vollmacht</b>	<b>13</b>
<b>7. Vordruck Vorsorgevollmacht</b>	<b>17</b>
<b>8. Vordruck Betreuungsverfügung</b>	<b>23</b>
<b>9. Vordruck Patientenverfügung</b>	<b>25</b>
<b>10. Anschriften</b>	<b>33</b>
<b>11. Ehrenamt</b>	<b>34</b>
<b>12. Rechtlicher Notfallausweis</b>	<b>35</b>

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

## **Frau Kowalczyk**

Tel.-Nr. 0241/5198-5037  
Raum 718

zuständig für

- Aachen D – G
- Roetgen
- Simmerath

## **Herr Fritz**

Tel.-Nr. 0241/5198-5026  
Raum 718

zuständig für

- Aachen A – C
- Baesweiler

## **Frau Alt**

Tel.-Nr. 0241/5198-2350  
Raum 519

zuständig für

- Eschweiler
- Monschau

## **Frau Berg**

Tel.-Nr. 0241/5198-5052  
Raum 717

zuständig für

- Stolberg

## **Herr Estorer**

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

zuständig für

- Alsdorf
- Würselen P – Z

## **Herr Herkens**

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

zuständig für

- Herzogenrath
- Würselen A - O

## **Herr Roschkowski**

Tel.-Nr. 0241/5198-5086  
Raum 717

zuständig für

- Aachen H – N

## **Frau Ratajczak**

Tel.-Nr. 0241/5198-5078  
Raum 518

zuständig für

- Aachen O – Z

# Vorwort

## Sehr geehrte Damen und Herren,

jeder Mensch kann in eine Lage geraten, in der er seine Angelegenheiten nicht mehr selbstverantwortlich klären kann und deswegen auf Hilfe angewiesen ist. Dies kann eintreten bei Unfall, schwerer Krankheit, Nachlassen der geistigen Kräfte und anderen schicksalhaften Ereignissen. Im Alltag verdrängen wir – nachvollziehbarer Weise – die Tatsache, dass jeder von uns, unmittelbar oder in seinem familiären Umfeld von einem solchen Schicksalsschlag getroffen werden kann.



Diese Broschüre möchte zum Nachdenken anregen. Nachdenken über folgende Fragen:

- Was wird, wenn ich auf Hilfe angewiesen bin?
- Wer entscheidet und handelt für mich?
- Wird mein Wille beachtet?

Ein hohes Maß an Selbstbestimmung kann durch die rechtzeitige Erstellung von Vollmachten erreicht werden. Hierdurch kann eine gerichtliche Betreuung vermieden werden.

Um Ihr Selbstbestimmungsrecht im Falle einer schweren Erkrankung zu wahren, kann die persönliche Vorsorge u. a. zu den Fragen

- Sollen lebenserhaltende Maßnahmen veranlasst, fortgesetzt oder beendet werden?
- Welche medizinischen Maßnahmen sollen ergriffen werden und welche nicht?

in Form einer Patientenverfügung wichtig sein.

Um Ihnen bei diesen schwierigen Fragen eine erste Orientierung zu bieten, stellt Ihnen die Betreuungsbehörde der StädteRegion Aachen diese Broschüre zur rechtlichen Vorsorge mit den entsprechenden Vordrucken zur Verfügung.

Ich wünsche uns allen, dass es mit Vollmachten oder Patientenverfügung ist, wie bei zahlreichen Versicherungen: Man hat sie, aber man braucht sie hoffentlich nie!



Helmut Etschenberg  
Städteregionsrat



# Vollmacht/Vorsorgevollmacht

Mit einer Vollmacht/Vorsorgevollmacht (gemäß §§ 1896 Abs. 2 und 1904 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB -) erteilen Sie einer Person die Befugnis, an Ihrer Stelle zu handeln, falls Sie selbst infolge einer körperlichen, geistigen, seelischen Behinderung und/oder psychischen Erkrankung dazu nicht mehr in der Lage sind.

Der von Ihnen Bevollmächtigte wird dann für Sie alle notwendigen Entscheidungen treffen und Angelegenheiten regeln können.

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

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

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

Wenn Sie sich für eine handschriftliche Vollmacht/Vorsorgevollmacht entscheiden, sollten Sie darauf achten, dass der Text lesbar ist und Ihre Formulierungen eindeutig sind. Zu dem Zeitpunkt, an dem Sie die Vollmacht/Vorsorgevollmacht erstellen, müssen Sie volljährig und geschäftsfähig sein. Um Zweifel an der Echtheit Ihrer Unterschrift auszuschließen, können Sie Ihre Vollmacht/Vorsorgevollmacht bei der Betreuungsbehörde (Terminabsprache erforderlich, Gebühr 10 Euro) öffentlich beglaubigen oder bei einem Notar beurkunden lassen. Immobiliengeschäfte können nur mit einer öffentlich beglaubigten Vollmacht/Vorsorgevollmacht getätigt werden.

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

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

Die Regelung aller **Wohnungsangelegenheiten** umfasst alle Entscheidungen, die mit Ihrer

Mietwohnung in Zusammenhang stehen. Insbesondere darf der Bevollmächtigte Ihre Wohnung kündigen und auflösen.

Die Angelegenheiten der **Gesundheitsfürsorge** umfassen ärztliche Untersuchungen, Eingriffe, Medikation und Operationen. Alle behandelnden Ärzte werden von der Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten befreit.

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

Die **Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung** umfasst vor allem die Aufnahme in einer geschlossenen Abteilung eines Krankenhauses/einer Psychiatrie zum Zwecke der ärztlichen Behandlung.

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

Bei der **Regelung vermögensrechtlicher Angelegenheiten** darf der Bevollmächtigte Rechnungen bezahlen

sowie neue Zahlungsverpflichtungen eingehen. Kredite – auch Überziehungskredite – dürfen nicht aufgenommen werden.

Hiervon ausgenommen sind bereits bestehende Kredite.

Der Aufgabenkreis **Post- und Fernmeldeangelegenheiten** berechtigt den Bevollmächtigten, Post entgegenzunehmen, zu öffnen und zu lesen. Er darf Dritte anweisen, die an Sie gerichtete Post entgegenzunehmen und an ihn auszuhändigen (z. B. bei Heimaufenthalt).

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

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

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

Der Aufgabenkreis **Immobilien-geschäfte** beinhaltet die Veräußerung und den Erwerb von Immobilien. Bei Streitfällen ist unter Umständen das Gericht zuständig.

### 3. Worin unterscheidet sich eine Generalvollmacht von einer Vollmacht/Vorsorgevollmacht?

Mit einer Generalvollmacht kann der Bevollmächtigte keine rechtlich bindenden Willenserklärungen in den nachfolgenden Angelegenheiten abgeben:

- Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge
- Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung
- Einwilligung über freiheitsbeschränkende Maßnahmen.

### 4. Ist es möglich, dass das Gericht eingeschaltet werden muss, obwohl eine umfassende Vollmacht/Vorsorgevollmacht erstellt wurde?

Eine Genehmigung des Gerichts ist - auch bei Vorliegen einer umfassenden Vollmacht - bei besonders **weitreichenden** Entscheidungen (geschlossene Unterbringung, Zwangsbehandlung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und ärztliche Eingriffe, wie z. B. Amputationen, schwere Herzoperationen etc.) notwendig.

### 5. Wie lange gilt eine Vollmacht/Vorsorgevollmacht?

Grundsätzlich erlischt eine Vollmacht/Vorsorgevollmacht sobald sie widerrufen wird oder mit dem Tod des Vollmachtgebers. Wenn sichergestellt werden soll, dass Angelegenheiten (z. B. Beerdigung, Kündigung von Verträgen) des Vollmachtgebers auch über seinen Tod hinaus geregelt werden sollen, ist der Zusatz „Ich bevollmächtige über meinen Tod hinaus“ mit in die Vollmacht/Vorsorgevollmacht aufzunehmen.

### 6. Worin unterscheidet sich eine Vollmacht von einer Vorsorgevollmacht?

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

Eine Vorsorgevollmacht wird erst durch ein ärztliches Attest gültig, welches bestätigt, dass Sie infolge Ihrer Erkrankung und/oder Behinderung außerstande sind, Ihre eigenen Angelegenheiten zu regeln.

# Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung schlagen Sie eine Person als Betreuer (nach § 1897 Abs. 4 BGB) vor. Sie haben so die Möglichkeit, im Vorhinein eine Person kennenzulernen, die für Sie zum Betreuer bestellt werden soll.

Gleichzeitig können Sie auch festlegen, wer auf keinen Fall Betreuer werden soll.

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

# Patientenverfügung

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# Vollmacht

Name

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

## Ich bevollmächtige widerruflich und über meinen Tod hinaus

Name

Name

Straße und Haus-Nr.

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

(PLZ) Wohnort

Geboren am

Geboren am

Name

Name

Straße und Haus-Nr.

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

(PLZ) Wohnort

Geboren am

Geboren am

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

- Die Vertretungsregelung lautet wie folgt: Der unter 1. genannte Bevollmächtigte ist Hauptbevollmächtigter, die anderen sind Vertreter in der oben genannten Reihenfolge.
- Jeder Bevollmächtigte ist gleichberechtigt und alleine entscheidungsbefugt.
- Alle Entscheidungen müssen von den Bevollmächtigten gemeinsam getroffen werden.

## Die Vollmacht erstreckt sich auf folgende Aufgabenbereiche:

- Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes
- Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
- Sämtliche Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, insbesondere Einwilligungen in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe jeglicher Art. Dies gilt auch, wenn ich infolge eines Eingriffs versterben oder einen länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Weiterhin ist der Bevollmächtigte befugt, die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zu erteilen. Dabei muss er meine Patientenverfügung und/oder meinen mutmaßlichen Willen beachten.
- Entscheidungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen
- Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung
- Zwangsbehandlung
- Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
- Regelung vermögensrechtlicher Angelegenheiten, insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt, uneingeschränkt – auch online - über Guthaben auf Konten, Sparbüchern und Depots zu verfügen und sich eine umfassende Kontovollmacht einräumen zu lassen. Dies gilt auch im Rahmen bereits vom Kreditinstitut dem Vollmachtgeber gewährter Kredite, z.B. eines Überziehungskredits. Der Bevollmächtigte darf keine neuen Kredite aufnehmen. Er darf über Safeinhalte bei Kreditinstituten verfügen. Er ist nicht berechtigt, bestehende Vollmachten zu widerrufen. Er ist berechtigt, bestehende Konten aufzulösen und neue Konten und Depots jeglicher Art in meinem Namen zu eröffnen.
- Der Bevollmächtigte wird ermächtigt, an mich gerichtete Post entgegen zu nehmen und zu öffnen
- Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht

Die Art und Weise meiner Bestattung

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, Untervollmachten zu erteilen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Besondere Anweisungen und Wünsche an den Bevollmächtigten sind nachfolgend aufgeführt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ich habe den Inhalt dieser Vollmacht verstanden.  
Die vorliegende Vollmacht erteile ich in völliger Freiheit und  
nach Absprache mit dem/den von mir Bevollmächtigten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten

**Im Falle einer Beglaubigung durch die zuständige Behörde:**

**Die Unterschrift/das Handzeichen des Vollmachtgebers**

Name

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

persönlich bekannt/ausgewiesen durch

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

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

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

StädteRegion Aachen  
Der Städteregionsrat  
Betreuungsbehörde

# Vorsorgevollmacht

Name

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

## Ich bevollmächtige widerruflich und über meinen Tod hinaus

Name

Name

Straße und Haus-Nr.

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

(PLZ) Wohnort

Geboren am

Geboren am

Name

Name

Straße und Haus-Nr.

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

(PLZ) Wohnort

Geboren am

Geboren am

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

Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn auf der Seite 17 beschriebener Zustand von einem Arzt auf Seite 21 dieser Vollmacht bescheinigt wird.

- Die Vertretungsregelung lautet wie folgt: Der unter 1. genannte Bevollmächtigte ist Hauptbevollmächtigter, die anderen sind Vertreter in der oben genannten Reihenfolge.

- Jeder Bevollmächtigte ist gleichberechtigt und alleine entscheidungsbefugt.
- Alle Entscheidungen müssen von den Bevollmächtigten gemeinsam getroffen werden.

### **Die Vorsorgevollmacht erstreckt sich auf folgende Aufgabenbereiche:**

- Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes.
- Regelung aller Wohnungsangelegenheiten.
- Sämtliche Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, insbesondere Einwilligungen in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe jeglicher Art. Dies gilt auch, wenn ich infolge eines Eingriffs versterben oder einen länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Weiterhin ist der Bevollmächtigte befugt, die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zu erteilen.

Dabei muss er meine Patientenverfügung und/oder meinen mutmaßlichen Willen beachten.

- Entscheidungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen.
- Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung.
- Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern.
- Regelung vermögensrechtlicher Angelegenheiten, insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt, uneingeschränkt – auch online - über Guthaben auf Konten, Sparbüchern und Depots zu verfügen und sich eine umfassende Kontovollmacht einräumen zu lassen. Dies gilt auch im Rahmen bereits vom Kreditinstitut dem Vollmachtgeber gewährter Kredite, z.B. eines Überziehungskredits. Der Bevollmächtigte darf keine neuen Kredite aufnehmen. Er darf über Safeinhalte bei Kreditinstituten verfügen. Er ist nicht berechtigt, bestehende Vollmachten zu widerrufen. Er ist berechtigt, bestehende Konten aufzulösen und neue Konten und Depots jeglicher Art in meinem Namen zu eröffnen.
- Der Bevollmächtigte wird ermächtigt, an mich gerichtete Post entgegen zu nehmen und zu öffnen.

- Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht.
- Zwangsbehandlung
- Die Art und Weise meiner Bestattung.
- Der Bevollmächtigte ist berechtigt, Untervollmachten zu erteilen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

- Besondere Anweisungen und Wünsche an den Bevollmächtigten sind nachfolgend aufgeführt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden.  
Die vorliegende Vorsorgevollmacht erteile ich in völliger Freiheit und  
nach Absprache mit dem/den von mir Bevollmächtigten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten

**Im Falle einer Beglaubigung durch die zuständige Behörde:**

**Die Unterschrift/das Handzeichen des Vorsorgevollmachtgebers**

Name

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

persönlich bekannt/ausgewiesen durch

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

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

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

StädteRegion Aachen  
Der Städteregionsrat  
Betreuungsbehörde

## Ärztliche Bescheinigung

(Die nachfolgende ärztliche Bescheinigung ist erst auszufüllen, wenn die auf Seite 17 beschriebenen, krankheitsbedingten Umstände eingetreten sind!)

Hiermit bestätige ich, dass der vorgenannte Vollmachtgeber infolge einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung außerstande ist, eigene Entscheidungen zu treffen.

Name des Arztes

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes



[Blank writing area]



# Betreuungsverfügung

Name

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

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

Name

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

Name

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

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

---

---

---

---

**Auf keinen Fall zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden sollte:**

Name

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

Name

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

---

Unterschrift des/der vorgesehenen Betreuer

# Patientenverfügung

Name

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

1. Ich wünsche in Würde zu sterben. Daher stelle ich mit dieser Patientenverfügung meine grundsätzliche Einstellung zum Leben und Tod dar.

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

3. Mit dieser Patientenverfügung bringe ich meinen Willen zum Ausdruck für den Fall, dass ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und ich selbst durch Mimik oder Gestik nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern. Ich habe mich über die Bedeutung einer Patientenverfügung informiert und erkläre hiermit verbindlich:

4.

- Wenn ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten erloschen ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Hirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.  
Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen nicht ausgeschlossen werden.

5. In allen unter Punkt 4. beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich ausdrücklich:

- Lebenserhaltende Maßnahmen:

---

---

- Künstliche Ernährung:

---

---

- Künstliche Flüssigkeitszufuhr:

---

---

- Künstliche Beatmung:

---

---

e. Wiederbelebung:

---

---

f. Notarzt:

---

---

g. Dialyse:

---

---

h. Antibiotika:

---

---

i. Behandlung von Schmerzen, Unruhe, Angst und ähnlichen Symptomen:

---

---

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

---

---

---

---

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

---

Ort, Datum und Unterschrift **des/der Bevollmächtigten**

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung mit dem Arzt meines Vertrauens besprochen:

---

Name und Anschrift des Arztes

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Arztes**

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

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**

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

---

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers/der Verfasserin**



# Anschriften

## Gerichte

### Amtsgericht

- Betreuungsgericht –  
Adalbertsteinweg 92  
52070 Aachen

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

### Amtsgericht

- Betreuungsgericht -  
Peter-Paul-Straße 1  
52249 Eschweiler

Zuständig für:  
Eschweiler, Stolberg

### Amtsgericht

- Betreuungsgericht -  
Laufenstraße 38  
52156 Monschau

Zuständig für:  
Monschau, Simmerath

## Betreuungsvereine



**Arbeiterwohlfahrt  
Kreisverband Aachen-Stadt e. V.**  
Gartenstraße 25  
52064 Aachen



**Diakonisches Werk  
im Kirchenkreis Aachen e. V.**  
Otto-Wels-Straße 2 b  
52477 Alsdorf



**Betreuungsverein der Diakonie  
Aachen e. V.**  
Martinstraße 10-12  
52062 Aachen



**SKM-Katholischer Verein für  
soziale Dienste in Stolberg e. V.**  
Foxiusstraße 2  
52223 Stolberg



**SKM-Katholischer Verein für  
soziale Dienste in Aachen e. V.**  
Heinrichsallee 56  
52062 Aachen



**Sozialdienst Kath. Frauen e. V.**  
Peilsgasse 1-3  
52249 Eschweiler



**Sozialdienst Kath. Frauen e. V.**  
Wilhelmstraße 22  
52070 Aachen



**Sozialdienst Kath. Frauen e. V.**  
Birkengangstr. 5  
52222 Stolberg

## Sonstige

### Pflegestützpunkt der StädteRegion Aachen

Amt für soziale Angelegenheiten  
52090 Aachen

### StädteRegion Aachen

Amt für Altenarbeit  
Mauerfeldchen 29  
52146 Würselen

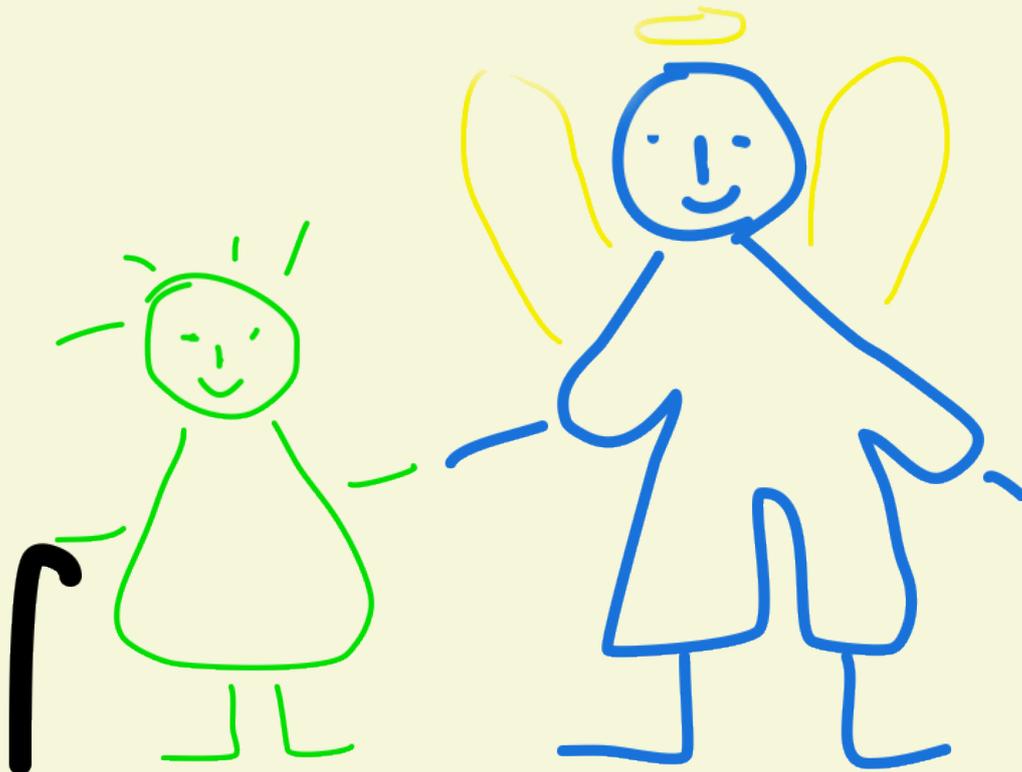
### Leitstelle „Älter werden in Aachen“

Fachbereich Soziales- und Integration  
Hackländerstraße 1  
52064 Aachen

### Klinisches Ethik Komitee Universitätsklinikum Aachen

Wendlingweg 2  
52074 Aachen

# Ehrenamt



Falls Sie an der Übernahme einer ehrenamtlichen Betreuung interessiert sind, setzen Sie sich mit der Betreuungsbehörde der StädteRegion Aachen oder den Betreuungsvereinen in Verbindung.



StädteRegion  
Aachen

Aktive Region

Nachhaltige Region

BildungsRegion

Soziale Region

## **Rechtlicher Notfallausweis**

### **Bevollmächtigte(r):**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Betreuungsbehörde der StädteRegion Aachen

AS0/Rechtlicher\_Notfallausweis

## Rechtlicher Notfallausweis

Ich, \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Straße *StädteRegion* \_\_\_\_\_  
Ort *Aachen* \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_

habe eine  (Vorsorge-) Vollmacht  
 Patientenverfügung

### Sie haben Fragen?

**StädteRegion Aachen**  
**Der Städteregionsrat**  
**Dezernat für Soziales und Integration**  
**Amt für soziale Angelegenheiten**  
**Betreuungsbehörde**  
Zollernstraße 10  
52070 Aachen  
Tel. 0241 5198 - 0  
Fax 0241 5198 - 80502  
info@staedteregion-aachen.de

3. Auflage 2015

**Damit Zukunft passiert.**  
[www.staedteregion-aachen.de](http://www.staedteregion-aachen.de)

