

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Mit einer schriftlichen Patientenverfügung wird vorsorglich festgelegt, dass bestimmte medizinische Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen sind. Damit wird sichergestellt, dass der Patientenwille umgesetzt wird, auch wenn er in der aktuellen Situation nicht mehr geäußert werden kann.

VERFÜGUNG
ZUM
AUSFÜLLEN



ammerland
klinik
gemeinsam. menschlich. nah.



Bundeswehrkrankenhaus
WESTERSTEDE
Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Han

Allgemeine Informationen zur Patientenverfügung

Die Medizin hat in den letzten Jahren Fortschritte gemacht, die zuvor undenkbar erschienen. Diese Fortschritte bewahren nicht vor der Angst vor Leiden, Einsamkeit, Schmerzen und dem Verlust der Selbstbestimmung. Seine Würde und Selbstbestimmung auch in Situationen zu wahren, in denen man sich selbst nicht mehr äußern kann, ist der Wunsch vieler Menschen. Dazu gehört es, sich frühzeitig mit Lebenskrisen wie Sterben und Tod ausführlich auseinanderzusetzen.

Jeder Mensch kann durch Unfall, Krankheit oder zunehmendes Alter plötzlich in eine Situation geraten, in der er seine Wünsche nicht mehr selbständig zum Ausdruck bringen oder Entscheidungen treffen kann. Da sowohl die Einleitung als auch die Fortführung einer Therapie Ihrer Zustimmung bedürfen, steht Ihnen als volljähriger Person das Recht zu, Vorsorge zu treffen und Ihre Wünsche für derartige Situationen zu beschreiben. Dann können auch andere nach Ihrem Willen und in Ihrem Sinne handeln. Hierzu wollen diese Hinweise ermutigen und Hilfe geben.

Sie erleichtern Angehörigen, Ärzten/innen und Pflegenden, Betreuern/innen, Bevollmächtigten und Gerichten Entscheidungen, wenn diese von Ihren Wünschen wissen. So erhalten Sie sich als Patientin oder Patient in einer krisenhaften Situation Ihre Selbst-

bestimmung. Es ist wichtig, Ihren Willen nicht nur im Gespräch zu äußern, sondern auch schriftlich festzuhalten. Das schafft Sicherheit und dient der Abwendung von Konflikten, besonders in Notsituationen.

Zur Beratung sollten Sie sich an einen Arzt/eine Ärztin Ihres Vertrauens wenden. Sie sollten die Tatsache, dass Sie eine Patientenverfügung haben, im Kreise Ihrer Familie und im Freundes- und Bekanntenkreis bekannt machen und evtl. in Ihrer Brieftasche/Geldbörse mit einem Vermerk darauf hinweisen.

Sie können die in Ihrer Patientenverfügung getroffenen Aussagen zurücknehmen oder ändern. Es ist ratsam, die Patientenverfügung regelmäßig zu überprüfen und durch Datum und Ihre Unterschrift erneut zu bestätigen.

Sie können diese Patientenverfügung zusätzlich zu Ihrer eigenen Unterschrift durch einen oder mehrere Zeugen, wie z. B. Ihren Hausarzt, unterschreiben lassen. Ein Zeuge oder eine notarielle Beglaubigung ist allerdings nicht erforderlich. Im Zweifel kann sie jedoch die Einwilligungsfähigkeit sowie Echtheit der Unterschrift bestätigen.

JEDE UND JEDER EINWILLIGUNGSFÄHIGE VOLLJÄHRIGE KANN EINE PATIENTENVERFÜGUNG VERFASSEN, DIE SIE ODER ER JEDERZEIT FORMLOS WIDERRUFEN KANN.

Patientenverfügung

Patientenverfügung von Frau/Herrn:

NAME

GEBURTSNAME

GEBURTSDATUM UND -ORT

ADRESSE

Geltungsbereich der Patientenverfügung

Diese Verfügung findet Anwendung, wenn ich zur Willensbildung oder verständlichen Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin. Nach gründlicher Überlegung verfüge ich schon jetzt, wie in den von mir im Folgenden angekreuzten Situationen verfahren werden soll:

- ☐ Bei schwerster dauerhafter Gehirnschädigung (z. B. durch Unfall, Entzündung, Hirnblutung, Schlaganfall, Wiederbelebung, Lungenversagen), die nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte/innen aller Voraussicht nach unwiderruflich einhergeht mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen zu kommunizieren, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Umfasst sind insbesondere auch Zustände der Dauerbewusstlosigkeit und des (Wach-)Komas. 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 unwahrscheinlich ist. Diese Möglichkeit nehme ich bewusst in Kauf.
- ☐ Im Endstadium einer tödlich verlaufenden, unheilbaren Krankheit, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☐ Im Falle eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung), wenn selbst mit ausdauernder Hilfestellung alltägliche Verrichtungen (z. B. die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit) auf natürliche Weise nicht mehr möglich sind.
- ☐ Im direkten, mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess.

Organ- und Gewebespende

- ☐ Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt und stimme gemäß des Organspendeausweises einer Entnahme von Organen/Gewebe nach meinem Tod zur Transplantation zu.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

- ☐ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- ☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- oder
- ☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Anweisungen für die zuvor genannten und angekreuzten Situationen: (bitte ankreuzen)

Lebenserhaltene Maßnahmen

Ich wünsche, im Falle der oben beschriebenen Situationen, dass

- ☐ alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
oder
☐ **KEINE** lebenserhaltenden Maßnahmen durchgeführt werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfestellung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Weiterführend wünsche ich fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung

Ich wünsche im Falle der oben beschriebenen Situationen, dass ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung erhalte,

- ☐ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
oder
☐ aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Ich wünsche im Falle der oben beschriebenen Situationen, dass

- ☐ eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr durch eine Magensonde, eine Sonde durch die Bauchdecke (PEG/perkutane Ernährungssonde) oder eine Ernährung durch Infusionen/Tropf begonnen oder weitergeführt wird, wenn dies mein Leben verlängern sollte.
oder
☐ eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativ-medizinischer Indikation¹ zur Beschwerdelinderung erfolgen soll.
oder
☐ **KEINE** künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr vorgenommen wird.

Wiederbelebung

1. Ich wünsche im Falle der oben beschriebenen Situationen, dass

- ☐ Maßnahmen der Wiederbelebung (Reanimation) vorgenommen werden.
oder
☐ **KEINE** Versuche der Wiederbelebung vorgenommen werden.
☐ **KEIN** notärztlicher Dienst gerufen wird. Im Falle einer Hinzuziehung soll dieser unverzüglich über meine Ablehnung der Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

2. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- ☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
oder
☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung

Ich wünsche im Falle der oben beschriebenen Situationen, dass

- ☐ eine künstliche Beatmung erfolgt, wenn diese mein Leben verlängern sollte.
oder
☐ **KEINE** künstliche Beatmung erfolgt. Falls diese schon eingeleitet wurde, wünsche ich mir eine sofortige Einstellung, jedoch unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung von Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse

Ich wünsche im Falle der oben beschriebenen Situationen, dass

- ☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) vorgenommen wird, falls dies mein Leben verlängern sollte.
oder
☐ **KEINE** Blutwäsche (Dialyse) vorgenommen wird. Falls diese schon eingeleitet sein sollte, wünsche ich einen sofortigen Abbruch.

¹Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus. Die palliativmedizinische Behandlung ist unabhängig von dieser Patientenverfügung, sodass die hier getroffenen Entscheidungen eine palliativmedizinische Behandlung nicht ausschließen.

Antibiotika

Ich wünsche im Falle der oben genannten Situationen, dass

☐ eine Verabreichung von Antibiotika vorgenommen wird, falls dies mein Leben verlängern könnte.

oder

☐ eine Verabreichung der Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation¹ oder zur Beschwerdelinderung vorgenommen wird.

oder

☐ **KEINE** Verabreichung von Antibiotika vorgenommen wird.

Blut/Blutbestandteile

Ich wünsche im Falle der oben genannten Situationen

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen bei palliativmedizinischer Indikation¹ zur Beschwerdelinderung.

oder

☐ **KEINE** Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Herz- und kreislaufunterstützende Medikation

Ich wünsche im Falle der oben genannten Situationen

☐ eine Verabreichung von herz- und kreislaufunterstützender Medikation, wenn dies mein Leben verlängern sollte.

oder

☐ **KEINE** Verabreichung von herz- und kreislaufunterstützender Medikation.

Chemotherapie

Ich wünsche im Falle der oben genannten Situationen

☐ eine Chemotherapie, falls diese mein Leben verlängern kann.

oder

☐ **KEINE** Chemotherapie. Falls diese begonnen hat, wünsche ich den sofortigen Abbruch.

Strahlentherapie

Ich wünsche im Falle der oben genannten Situationen

☐ eine Strahlentherapie, falls diese mein Leben verlängern kann.

oder

☐ **KEINE** Strahlentherapie. Falls diese begonnen hat, wünsche ich den sofortigen Abbruch.

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

☐ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

☐ wenn möglich, zum Sterben auf eine Palliativstation¹ verlegt werden.

☐ wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

☐ wenn möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

Ich erwarte und fordere, dass medizinische **Maßnahmen, die in Unkenntnis meiner Patientenverfügung eingeleitet wurden, zurückgenommen werden.**

Meiner Entscheidungen lagen folgende **Wertvorstellungen** zu Grunde.

Außerdem habe ich folgende **persönliche Wünsche**:

(Angaben sind nicht zwingend erforderlich, dienen aber als Interpretationshilfe zu Ihrer Patientenverfügung)

Ich wünsche mir Beistand

durch folgende Personen:

Ich wünsche mir Beistand

durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

☐ durch ein Hospiz.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Schlussformel

☐ Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.²

Bestätigung des Inhaltes meiner Patientenverfügung

Mir ist bekannt, dass ich meine Patientenverfügung mündlich oder schriftlich ändern oder widerrufen kann. Bis dahin gilt sie unbefristet.

DATUM, UNTERSCHRIFT

ZEUGE (NICHT ZWINGEND)

Erneute Bestätigung des Inhaltes meiner Patientenverfügung:

DATUM, UNTERSCHRIFT

ZEUGE (NICHT ZWINGEND)

²Die Schlussformel weist darauf hin, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Vorsorgevollmacht

Ich,

NAME UND GEBURTSNAME DER VOLLMACHTGEBER/IN

GEBURTSDATUM UND -ORT

ADRESSE, TELEFONNUMMER, E-MAIL

erteile hiermit Vollmacht an

NAME UND GEBURTSNAME DER BEVOLLMÄCHTIGTEN PERSON

GEBURTSDATUM UND -ORT

ADRESSE, TELEFONNUMMER, E-MAIL

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfugung erstellt habe, ist die Vertrauensperson befugt, die geäußerten Behandlungswünsche durchzusetzen.

☐ ja ☐ nein

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§1904 Absatz 1 und 2 BGB).

☐ ja ☐ nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

☐ ja ☐ nein

Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB)

☐ ja ☐ nein

über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB)

☐ ja ☐ nein

über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB)

☐ ja ☐ nein

über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB)

☐ ja ☐ nein

entscheiden.

2. Aufenthalt/Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.

☐ ja ☐ nein

Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

☐ ja ☐ nein

Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag oder einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

☐ ja ☐ nein

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

☐ ja ☐ nein

3. Vertretung vor Behörden und Gerichten

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.

☐ ja ☐ nein

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

☐ ja ☐ nein

4. Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich

1. über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.

☐ ja ☐ nein

2. Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

☐ ja ☐ nein

3. Verbindlichkeiten eingehen.

☐ ja ☐ nein

4. Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

☐ ja ☐ nein

5. Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

☐ ja ☐ nein

5. Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.

☐ ja ☐ nein

Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

(Achtung: Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!
Wir weisen darauf hin, dass es bei bestimmten Geschäften (z. B. Grundstücksgeschäften, Kreditgeschäften) unter Umständen einer notariellen Beurkundung/Beglaubigung oder einer Beglaubigung durch die Betreuungsstelle bedarf.)

6. Post/Fernmeldeverkehr

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

☐ ja ☐ nein

7. Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

☐ ja ☐ nein

8. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ ja ☐ nein

ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT DER VOLLMACHTGEBERIN/DES VOLLMACHTGEBERS

ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT DER VOLLMACHTNEHMERIN/DES VOLLMACHTNEHMERS

Vollmacht für digitales Erbe

Ich,

NAME UND GEBURTSNAME DER VOLLMACHTGEBER/IN

GEBURTSDATUM UND -ORT

ADRESSE, TELEFONNUMMER, E-MAIL

erteile hiermit Vollmacht für meinen Digitalen Nachlass an

NAME UND GEBURTSNAME DER BEVOLLMÄCHTIGTEN PERSON (NACHFOLGEND
BEVOLLMÄCHTIGTE/R GENANNT)

GEBURTSDATUM UND -ORT

ADRESSE, TELEFONNUMMER, E-MAIL

Mein/e Bevollmächtigte/r ist befugt, mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten im digitalen Rechtsverkehr zu vertreten, soweit dies gesetzlich zulässig ist. In meiner hinterlegten Aufstellung der Accounts und digitalen Zugangsdaten habe ich festgelegt, wie das jeweilige Rechtsverhältnis/die digitalen Daten und Profile geregelt sind und wie mit meinen digitalen Endgeräten verfahren werden soll. Der/Die Bevollmächtigte kennt den Aufbewahrungsort dieser Liste.

☐ Der/Die Bevollmächtigte kann diese Vollmacht für einzelne, von ihm/ihr zu bestimmende Rechtsgeschäfte übertragen und eine solche Übertragung widerrufen bzw. zeitlich befristen.
oder

Der/Die Bevollmächtigte ist **nicht** berechtigt, Untervollmachten zu erteilen. Die Vollmacht ☐ ist nicht übertragbar.

Der/Die Bevollmächtigte ist darüber hinaus befugt, digitale Rechtsgeschäfte mit sich im eigenen Namen und als Vertreter/in Dritter vorzunehmen. Diese Vollmacht soll durch meinen Tod nicht erlöschen, ebenfalls nicht durch meine Geschäftsunfähigkeit. Sie soll auch dann wirksam bleiben, wenn ein/e Betreuer/in für mich bestellt wird. Der/Die Bevollmächtigte unterliegt nicht den gesetzlichen Beschränkungen eines/einer Betreuers/Betreuerin. Wird für die Rechtsgeschäfte, für die der/die Bevollmächtigte keine Vertretungsmacht hat, ein/e Betreuer/in bestellt, so bleibt die Vollmacht im Übrigen bestehen.

Die Vollmacht wird mit der Unterzeichnung durch mich wirksam und gilt nach außen uneingeschränkt. Sie ist nur wirksam, soweit und solange der/die Bevollmächtigte bei der Vornahme einer jeden Vertreterhandlung im unmittelbaren Besitz der Vollmacht ist und ich diese nicht widerrufen habe.

Für den Fall, dass dem/der Bevollmächtigten die Wahrnehmung meiner Interessen dauerhaft unmöglich ist, benenne ich als Ersatzbevollmächtigte/n:

NAME UND GEBURTSNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE, TELEFONNUMMER

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DER VOLLMACHTGEBERIN/DES VOLLMACHTGEBERS

Erstellen Sie eine Übersicht aller Accounts mit Benutzernamen und Kennwörtern. Geben Sie anschließend an, welche Daten gelöscht werden sollen, wie in sozialen Netzwerken mit Ihrem Account verfahren werden soll (z. B. löschen oder „Gedenkstatus“ einrichten) und ob (Premium-)Mitgliedschaften gekündigt werden sollen.

Ergänzen Sie die Übersicht um ihre Endgeräte (Computer, Smartphone, Tablet) und bestimmen Sie, was mit den dort gespeicherten Daten geschehen soll. Denken Sie daran, diese Übersicht immer aktuell zu halten.

1. Übersicht Mail-Accounts

NAME DES ANBIETERS (Z.B. WEB.DE)	BENUTZERNAME	DATENVERARBEITUNG (Z.B. KÜNDIGEN/LÖSCHEN)

2. Übersicht soziale Netzwerke

NAME DES ANBIETERS (Z.B. FACEBOOK)	BENUTZERNAME	DATENVERARBEITUNG (Z.B. KÜNDIGEN/LÖSCHEN)

3. Übersicht Messenger-Dienste

NAME DES ANBIETERS (Z.B. WHATSAPP)	BENUTZERNAME	DATENVERARBEITUNG (Z.B. KÜNDIGEN/LÖSCHEN)

4. Übersicht Cloud-Dienste

NAME DES ANBIETERS (Z.B. GOOGLE-DRIVE)	BENUTZERNAME	DATENVERARBEITUNG (Z.B. KÜNDIGEN/LÖSCHEN)

5. Übersicht Shopping-Konten

NAME DES ANBIETERS (Z.B. AMAZON, ZALANDO)	BENUTZERNAME	DATENVERARBEITUNG (Z.B. KÜNDIGEN/LÖSCHEN)

6. Übersicht Streaming-Dienste

NAME DES ANBIETERS (Z.B. NETFLIX, SKY)	BENUTZERNAME	DATENVERARBEITUNG (Z.B. KÜNDIGEN/LÖSCHEN)

7. Übersicht Online-Banking

NAME DES ANBIETERS (Z.B. SPARKASSE)	BENUTZERNAME	DATENVERARBEITUNG (Z.B. KÜNDIGEN/LÖSCHEN)

Um Ihrer/Ihrem Bevollmächtigten den Zugang zu den Account zu erleichtern, könnten Sie die Passwörter auf einem USB-Stick hinterlegen und diesen wiederum an einem sicheren Ort verwahren. Bitte erteilen Sie nur einer Person Vollmacht, der Sie vertrauen.



Klinikzentrum Westerstede

Lange Straße 38

26655 Westerstede

T 04488 50-0

www.ammerland-klinik.de

www.bwkrankenhaus.de

Amtsgericht Oldenburg, HRB 120783

Hauptgeschäftsführer: Axel Weber

Medizinischer Geschäftsführer: Dr. Peter Ritter

Als Vorlagen dienen:

- Deutsche Hospizstiftung: Die Medizinische Patientenanzwaltschaft. Informationen zur medizinischen Patientenanzwaltschaft.
- Wolfgang Putz & Beate Steldinger (2007) Vorsorgevollmacht. www.putz-medizinrecht.de
- Verbraucherzentrale: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
- „Meine Patientenverfügung“, Petra Vetter (2005)
- Patientenverfügung, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV 2019)
- Bundesärztekammer, Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag, Deutsches Ärzteblatt 2018, A. 2434 ff. Broschüre „Betreuungsrecht“, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV 2019)
- Muster-Vollmacht für digitale Konten, Verbraucherzentrale
- Vollmacht zur Absicherung des digitalen Erbes, Zentralstelle Patientenverfügung (HVD)