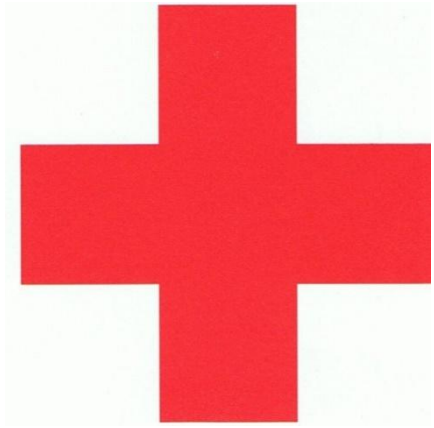


Meine Notfallmappe

Name:

Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

eine frühzeitige Vorsorge für den Notfall fällt oft nicht leicht. Wo fange ich an, wer kann mich beraten, was muss ich festhalten? All das können Fragen sein, die den Anfang schwer machen. Vielleicht wollen Sie auch einfach nicht über Unfälle, Krankheit, Umstände von außen oder eigene Einschränkungen nachdenken. „Mir wird das sowieso nicht passieren!“, „Das macht mir viel zu viel Angst!“ Dies sind durchaus nachvollziehbare Gedanken! Trotzdem können solche Situationen jeden ereilen und das häufig plötzlich und auch in allen Altersphasen.

Insbesondere ab der eigenen Volljährigkeit sollten Sie sich also für den Notfall Gedanken machen. Sie werden sich sicherer fühlen, wenn Sie vorausgedacht, selbstständig entschieden und alles Wichtige zusammengestellt haben. Auch Ihre Angehörigen oder Ihr weiteres Umfeld entlasten Sie damit im Ernstfall, in dem viel zu organisieren ist.

Ich danke daher dem Seniorenbeirat der Stadt Speyer für die Erstellung der vorliegenden Notfallmappe. Diese soll Ihnen eine wertvolle Stütze auf dem Weg zur Vorsorge für den Notfall sein.

Sie haben so alles an einem Ort und greifbar: (lebens)wichtige Rufnummern, Packlisten für Krankenhausaufenthalte oder den Katastrophenfall, die Übersicht über Ihre Daten, Versicherungen und Verfügungen sowie Kontakte von Anlaufstellen zur Beratung, Betreuung und Pflege in Speyer. Außerdem finden Sie Informationen zu Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung. Diese stellen einen sehr wichtigen Baustein der persönlichen Vorsorge dar.

Bitte übernehmen Sie Verantwortung und stellen Sie sich selbstbestimmt für Ihre eigene Zukunft auf.

Ich wünsche der Notfallmappe als Wegweiser für die Belange aller Generationen viel Erfolg.



Ihr Bürgermeister
Prof. Dr. Alexander Schubert

Wichtige Telefonnummern

Mein Hausarzt

.....

Name	Tel. Nr.
Polizei	**110**
Feuerwehr	**112**
Rettungsnotdienst	**112**
Notaufnahme Diakonissen-Stiftungskrankenhaus	**22 1401**
Zentrale Notaufnahme St. Vincentius Krankenhaus	**133 369**
Krankentransport	**19222**
Giftnotrufzentrale bei Notfällen	**06131 19240**
oder bei Anfragen	**06131 232466**

Bei Lebensgefahr bitte direkt den Notarzt über die Rettungsleitstelle anrufen:

aus dem Festnetz	**112,**
Mobil	**Vorwahl +112**
Zahnärztlicher Notfalldienst	**0180 5040308**
Augenärztlicher Notfalldienst	**01805 112060**
oder Auskunft über den Patientenservice	**116 117**

Notfallmappe, Impressum

Der Seniorenbeirat der Stadt Speyer hat diese Notfallmappe erstellt und freut sich, wenn die Mappe Anklang findet und rege eingesetzt wird.
Nähere Informationen über die Arbeit des Seniorenbeirates können Sie im Internet unter der Adresse: **www.speyer.de** oder über das Seniorenbüro der Stadt erfahren. Außerdem liegt bei den Bürgerbüros ein Faltblatt aus, das über die Aktivitäten des Beirates informiert.

Der Seniorenbeirat übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit und Aktualität der Angaben in der Notfallmappe.

Druck: Stadt Speyer, 6. überarbeitete Auflage 18. Juni 2026
Layout: Seniorenbeirat

Vorwort

„Mitten im Leben sind wir mit dem Tod umfangen“

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

dem oben angeführten Satz aus einem alten Kirchenlied stimmen Sie sicher vorbehaltlos zu.

Es muss aber nicht immer ein tödliches Ereignis sein, was uns plötzlich trifft, es können jederzeit Notsituationen eintreten, bei denen wir schnell auf wichtige Informationen zurückgreifen müssen.

Die vorliegende Notfallmappe möchte Ihnen dabei eine Hilfe sein.

Sie enthält wichtige Telefonnummern und von Ihnen auszufüllende persönliche Daten, die im Notfall, etwa bei einer Krankenhauseinweisung, schnell greifbar sind.

Sie können die Mappe durch Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung ergänzen und wichtige Notizen eintragen.

Die Seiten 5 – 11 sind besonders wichtig. Sie enthalten Informationen, die Sie im Notfall dem Notarzt oder bei der Krankenhauseinweisung vorlegen können. Von diesen Seiten sollten Sie sich Kopien anfertigen.

In die übrigen Seiten können Sie persönliche Angaben eintragen, die für eine eventuell notwendige Betreuung wichtig sind. Ob Sie diese Seiten ausfüllen, entscheiden sie selbst.

Sie sollten die Mappe viertel- oder halbjährlich aktualisieren, wenn sich z. B. die Medikamente oder andere Angaben ändern.

Der Seniorenbeirat hofft, dass das Angebot von vielen Mitbürgerinnen und Mitbürgern angenommen wird.

Ihr

Seniorenbeirat der Stadt Speyer

Inhalt der Notfallmappe

	Seite
Wichtige Telefonnummern	**3**
Impressum	**4**
Vorwort	**2**
Inhalt der Notfallmappe	**5**

Wichtige Unterlagen

(Die Seiten 5 – 11 sollten Sie kopieren, in einer Klarsichtfolie am Anfang der Mappe abheften, um sie im Notfall schnell zur Hand zu haben.)

Persönliche Daten/ Im Notfall zu benachrichtigen	**6/7**
Krankenversicherung	**7**
Medizinische Gesundheitsdaten	**8**
Notfallausweise /Notfallkoffer	**10**
Ärztliche Rufnummern	**11**
Verfügungen	**12**

Weitere persönliche Daten

(Die Angaben dieser Seiten sind für den **Bevollmächtigten** bei einer eventuell eintretenden Betreuung von Bedeutung. Sie können selbst entscheiden, ob Sie die Seiten ausfüllen).

Weitere persönliche Daten	**13**
Berufliches/Mitgliedschaften	**14**
Fahrzeuge, Fahrzeug-, Sach- und Haftpflichtversicherungen	**15**
Finanzen und Verbindlichkeiten/ bestehende Verträge	**16**
Rente/ Versorgung	**17**
Checkliste für den Fall meines Todes	**18**
Weiterführende Informationen und Adressen	**19 /20**
Informationen zu: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	**20/21**

Persönliche Daten

Name……..

Vorname……

Gewünschte Anrede……..

Geschlecht……..

Geburtsdatum…….

Geburtsort……

Straße, Hausnummer…….

PLZ, Wohnort……

Telefonnummer…….....

Handy……..

E-Mail……..

Die Zugangsdaten (Passwörter) zu meinem PC, zur E-Mail-Adresse und zu Onlinebanking sind bei den Notfallausweisen hinterlegt.

Im Notfall benachrichtigen

Folgende Personen bitte umgehend benachrichtigen

(Name, Anschrift, Telefon, Email-Adresse)

……

……

……

Folgende Personen besitzen Schlüssel für meine Wohnung, Zweitwohnung oder sonstige Räume/Behältnisse

……

……

……

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse……

Versicherungsnummer……

Verwahrung der Versicherungskarte <u>Wichtig!</u>

……

……

Private Krankenversicherung/Krankenzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft……..

……

……

Versicherungsnummer……..

Verwahrung der Unterlagen

……..

Pflegeversicherungen

Versicherungsgesellschaft……...

……..

……..

Versicherungsnummer……..

Verwahrung der Unterlagen

……..

……..

Medizinische Gesundheitsdaten

Blutgruppe……

Gegenwärtige Krankheiten

…….

……..

……..

Diabetes Ja O Nein O

Ausweis, Verwahrung…….....

Insulin Ja O Nein O

Tabletten Ja O Nein O

Anfallsleiden Ja O Nein O

……..

Allergien Ja O Nein O

……..

Medikamente

……..

……..

……..

Dauermedikation:

Name des Medikaments, wann einzunehmen (morgens/ mittags/ abends)

……..

……..

Implantate

……

……

Ambulante Behandlungen

……

……

……

Stationäre Behandlungen

……

……

……

Operationen

……

……

……

Behinderungen

……

……

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes

Ausstellungsdatum……Aktenzeichen……

Datum der Antragstellung…….

Notfallausweise

Diabetikerausweis	**Ja O**	**Nein O**
Impfnachweis	**Ja O**	**Nein O**
Allergiepass	**Ja O**	**Nein O**
Organspende Ausweis	**Ja O**	**Nein O**

Sonstige Ausweise

……

……

Verwahrung der Ausweise…….....

……

……

Notfallkoffer

Toilettenartikel, Handtücher

Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe

Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe

Medikamentenliste mit Dosierangabe

Anschriften und Telefonnummern der nächsten Angehörigen/Freunde

Evtl. Hausschlüssel (bei Alleistehenden)

Nachbarn informieren (Post, Blumen, Haustiere)

Kleiner Geldbetrag

Persönliche Gegenstände (Uhr, Buch, Zeitschriften)

Ärztliche Rufnummern

Mein Hausarzt

Name……..

Anschrift……..

Tel.-Nr.…….

Andere Ärzte, bei denen ich in ständiger Behandlung bin:

Name…….

Anschrift……

Tel.-Nr.……

Fachrichtung……..

Name…….

Anschrift……

Tel.-Nr.……

Fachrichtung……

Name…….

Anschrift……

Tel.-Nr.……

Fachrichtung……

Verfügungen

Vorsorgevollmacht Ja O Nein O

Verwahrung……..

Bevollmächtigter…….

…….

Patientenverfügung Ja O Nein O

Verwahrung……

Personen, die eine Ausfertigung/Abschrift erhalten haben

……

……

Personen, die Vollmacht haben, meine Patientenverfügung durchzusetzen

……

……

Betreuungsverfügung Ja O Nein O

Verwahrung…….....

Hinterlegt bei……

……

Wenn Sie es möchten, können Sie Kopien der Verfügungen in der Mappe abheften.

Informationen zu den Verfügungen finden Sie auf Seite 21 in dieser Mappe.

Weitere persönliche Daten

Konfession……

Kirchengemeinde……

Familienstand……

Ehegatte/Lebenspartner

Name……..Vorname…….....

Wohnung…….....

Telefonnummer……..

Verwahrung der Urkunde/ des Stammbuches/ des Ehevertrages/ der Lebenspartnerschaft

……

……

……

Bei Scheidung: Verwahrung des Scheidungsurteils

……

……

Berufliches

Arbeitnehmer

Tätigkeiten……..

Name, Adresse und Telefonnummer des Arbeitgebers

…….

…….

Bei Selbständigkeit

Name der Firma……

Anschrift: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefonnummer)

…….

…….

Berufs- und Diensthaftpflichtversicherung

…….

Berufsunfähigkeitsversicherung

…….

Mitgliedschaften

Mitgliedschaften in Vereinen/Verbänden/Gewerkschaften (evtl. mit Angabe, ob und wann die Kündigung erfolgen kann)

……..

……..

……..

……..

Fahrzeuge und Fahrzeugversicherungen

Fahrzeugart (PKW, LKW) / amtliches Kennzeichen/ Hersteller/ Versichert bei/ Versicherungsnummer

……..

……..

……..

……..

Sach- und Haftpflichtversicherungen

Privathaftpflichtversicherung/ Wohngebäudeversicherung/ Glasbruch-/ Sturmschäden Versicherung/ Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung/ Hausratsversicherung/ Rechtsschutzversicherung/ Sonstige Versicherungen

Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnummer

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

Finanzen und Verbindlichkeiten/ bestehende Verträge

Bei folgenden Banken/ Sparkassen habe ich Konten/ Sparverträge

(Dem Betreuer/ Bevollmächtigten sollten Sie eine Vollmacht über die Konten geben, die über den Tod hinaus gilt.)

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Andere Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten/ bei Privatpersonen/ Firmen

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Mietverträge/ Strom/ Gas/ Telefon/ Internet/ GEZ/ Zeitungen und Zeitschriften

(Hinweise auf bestehende Daueraufträge /Einzugsermächtigungen)

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Rente/Versorgung

Deutsche Rentenversicherung:

……..

Anschrift/Versicherungsnummer

Zusatzversicherung:

……..

Name Telefonnummer

Private Rentenversicherung/Lebensversicherung/ Unfallversicherung:

……

Versicherungsgesellschaft /Versicherungsnummer

……

Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

……

Versicherungsgesellschaft / Versicherungsnummer

Beamtenversorgung:

……

Pensionsfestsetzende Behörde

……

Telefonnummer Personalnummer / Aktenzeichen

Sterbegeldversicherung:

……

Versicherungsgesellschaft

……

Versicherungsnummer

Checkliste für den Fall meines Todes

Ehe/Partnerschaftsurkunde, Familienstammbuch sowie sämtliche Urkunden sind zu finden:

……

……

……

……

……

Diese Wünsche habe ich bezüglich der Trauerfeier, Bestattung, Bestattungsunternehmen, Grab….

……

……

……

……

……

Letztwillige Verfügung (Testament, Erbvertrag, Vermächtnisse u.a.) **sind zu finden:**

……

……

……

……

……

Weiterführende Informationen und Adressen:

Seniorenbüro der Stadt Speyer, Maulbronner Hof 1a
Tel. 06232 142661, seniorenbuero@stadt-speyer.de

Im Seniorenbüro können Sie sich die Notfallmappen abholen. Außerdem verweist es Sie bei Fragen zu den passenden Institutionen und Anlaufstellen im Hinblick auf die Themen in dieser Notfallmappe.

Pflegestützpunkt I Speyer, aktuell nur Hausbesuche oder telefonische Beratung

Bettina Schimmele	**Tel. 06232 8541215**	**bettina.schimmele@pflegestuetzpunkte-rlp.de**
Gabi Ewald	**Tel. 06232 8541215**	**gabi.ewald@pflegestuetzpunkte-rlp.de**

Pflegestützpunkt II Speyer, Bahnhofstraße 39

Klaus Lorenz	**Tel. 06232 850 01 78**	**klaus.lorenz@pflegestuetzpunkte-rlp.de**

Kostenlose Information, Beratung und Unterstützung rund um die Themen Pflege, Versorgung, Krankheit und Behinderung.

Träger: Land Rheinland-Pfalz, Kranken- und Pflegekassen in RLP in Kooperation mit den Trägern der Beratungs- und Koordinierungsstellen

Netzwerk Demenz Speyer, Maulbronner Hof 1a

Constanze Konder	**Tel. 06232 142662**	**constanze.konder@stadt-speyer.de**

Eine Kooperation von Diensten, Einrichtungen und Organisationen bietet Information, Selbsthilfe und Entlastungsangebote.

Betreuungsverein Sozialdienst Kath. Frauen und Männer e.V. (SKFM), Bartholomäus-Weltz-Platz 4

Annegret Robbauer	**Tel. 06232 10012011**	**annegret.robbauer@skfm.de**
Frau Kratz	**Tel. 06232 10012012**	**beratungspeyer@skfm.de**

Kostenlose Information und Unterstützung rund um die Themen Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und rechtliche Betreuung sowie Begleitung und Unterstützung ehrenamtlicher rechtlicher Betreuer.
www.skfm.de

Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen
Tel.: 06131-28 48 810
pflege@vz-rlp.de **Mo-Fr 10-13 Uhr, Do 14-17 Uhr**
Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V., Postfach 4107, 55031 Mainz
Träger: Verbraucherzentrale Rheinland- Pfalz, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen RLP, Pflegekassen RLP

Stationäre Pflege und Einrichtungen in Speyer:

AWO Seniorenhaus „Burgfeld“, Burgstraße 34-36	**Tel.: 06232 81040**
Seniorenzentrum Storchenpark, Obere Langgasse 13	**Tel.: 06232 816170**
Salier-Stift, Obere Langgasse 5a	**Tel.: 06232 2070**
Diakonissen Seniorenstift Bürgerhospital, Mausbergweg 150	**Tel.: 06232 648131**
Diakonissen Haus am Germansberg, Else-Krieg-Straße 2	**Tel.: 06232 221726**
Caritas Altenzentrum St. Martha, Schützenstraße 18c	**Tel.: 06232 1350**
Alten-und Pflegeheim Am Adenauer Park, Bahnhofstraße 56a	**Tel.: 06232 72002**

Ambulante Pflegedienste in Speyer:

Adessa GmbH Speyer, Bahnhofstr. 39	**Tel.: 06232 980889**
ARGO Pflegedienst GmbH, Mausbergweg 1	**Tel.: 06232 622134**
Ambulante Hilfen-Zentrum Malteser - Malteser Hilfsdienst GmbH, Bahnhofstr. 39	**Tel.: 06232 222288** **Tel.: 06232 67240**
Alloheim- ambulante Dienste, Carl-Dupré-Straße 2	**Tel.: 06232 2989966**
Mobile Pflege & Team Andreas Holusa, Bussardweg 5	**Tel.: 06232 640246**
Pflegedienst PULS, Heinrich-Heine-Straße 5	**Tel.: 06232 8777300**
Pflegeteam Handermann & Schäfer GmbH., Fünfkirchner Weg 1	**Tel.: 06232 3185500**
Interkultureller Pflegedienst des DRK Germersheim, Bahnhofstraße 39	**Tel.: 06232 6849820**
Ambulante Pflegefeen, Birkenweg 2	**Tel.: 06232 8178805**
Caritas Dienste mobil, Nikolaus-von-Weis-Str. 6	**Tel.: 06232 8778010**
B+O Ambulante Pflegedienst, Am Roßsprung 1	**Tel.: 06232 9809603**
Mein Pflegeteam Hochdörffer GmbH, Wormser Landstr. 51	**Tel.: 06232 6959739**
Ökumenische Sozialstation (Pflegedienst)	**Tel.: 06232 604733**
Pflege & Betreuung Zweigstelle Speyer (Ambulanter Pflegedienst der Wohnstifts Betriebsgesellschaft (WBG) mbH), Wormser Str. 10, 67133 Maxdorf	**Tel.: 06237 406333**
Metis Pflegedienst Speyer, Mittelkämmererstraße 1	**Tel.: 06451 7178060**

Tagespflege:
Tagespflege Caritas-Altenzentrum St. Martha,
Schützenstraße 18c
Betreuung in einer Gruppe von zehn Tagesgästen.
Eine Anmeldung ist erforderlich. Die Teilnahme ist kostenpflichtig.
Bei Pflegebedürftigkeit besteht Anspruch auf Pflegegeld von den Pflegekassen.
Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.30 Uhr,
Tage nach Absprache
Ansprechpartnerin: Frau Ute Sauer, 06232 1351800

Betreutes Wohnen mit Tagespflege im Haus
Gemeinnützige CDM Caritas Dienste Mobil
Petronia-Steiner-Str. 3
Montag bis Freitag von 08.00 bis 12.00 Uhr
Ansprechpartnerin: Frau Vivien Volandt, 0174 2193212

Hospiz-Hilfe:

Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienst der Ökumenischen Sozialstation Speyer, Paul-Egell-Str. 24	**Tel.: 06232 604744**
Hospiz im Wilhelminenstift, Hilgardstraße 26, Eingang: Diakonissenstr. 1a	**Tel.: 06232 221691**

Hilfen für Jung und Alt
Weitere Informationen, Broschüren und Vordrucke zu den Themen Vorsorgevollmacht, Betreuung- und Patientenverfügung erhalten Sie auf den folgenden Internetseiten:

Bundesministerium für Justiz:
https://www.bmj.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html
Bundesministerium für Justiz
Telefon +49(0)3018580-0
Postanschrift: Bundesministerium für Justiz
11015 Berlin
poststelle@bmj.bund.de

Ministerium der Justiz des Landes Rheinland-Pfalz:
https://mjv.rlp.de/publikationen/broschueren
Broschürenstelle
Ernst-Ludwig-Straße 3
55116 Mainz
Tel.: 06131 164897, pressestelle@jm.rlp.de

Alle Informationen sind nach bestem Wissen und Gewissen zusammengestellt, für die Richtigkeit und Aktualität der Daten können wir dennoch keine Gewähr übernehmen. Anregungen, Ergänzungen und weitere Anbieter sind herzlich willkommen und werden bei Neuauflagen umgehend berücksichtigt.

Informationen zu:
Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung

Die oben genannten Begriffe sind sogenannte Vorsorgedokumente.

Die Patientenverfügung
In einer Patientenverfügung können Sie im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen medizinisch behandelt werden möchten, für den Fall, dass Sie nicht mehr selbst entscheiden können. Sinn der Patientenverfügung ist, dass Sie Ihren Willen hinsichtlich der Behandlung von Krankheiten zu einem Zeitpunkt schriftlich niederlegen, zu dem eine solche Entscheidung noch eigenverantwortlich von Ihnen getroffen werden kann. Auf diese Weise wahren Sie Ihr Recht auf Selbstbestimmung, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar und einwilligungsfähig sind. Es kann sehr sinnvoll sein, in die Patientenverfügung Ihre persönlichen Wertvorstellungen, wie z.B. Ihre Einstellungen zum Leben und Sterben oder Ihre religiösen Anschauungen mit aufzunehmen.

Die Vorsorgevollmacht oder Vollmacht zur Vorsorge
Eine Vorsorgevollmacht ist eine private Vereinbarung zwischen Ihnen und einer oder mehreren Personen Ihres Vertrauens. Sie ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Sie benennen die Person(en) Ihres Vertrauens, die bereit ist (sind), für Sie zu handeln, wenn Sie bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Durch die Bevollmächtigung wird ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich. Liegt keine Bevollmächtigung vor, entscheidet das Gericht, wer die Betreuung übernimmt. Die Vorsorgevollmacht gilt beispielsweise für Bank- oder Versicherungsgeschäfte, Behördengänge, Post und Fernmeldeverkehr, Aufenthalts-und Wohnungsangelegenheiten und vor allem für Fragen zur Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit. Sie können auch nur für bestimmte Bereiche eine Vollmacht erteilen.

Betreuungsverfügung
„Eine Betreuungsverfügung ist vor allem dann zu empfehlen, wenn Sie nicht so weit gehen wollen, einer konkreten Person eine Vorsorgevollmacht zu erteilen. Damit ist es möglich, Wünsche für den eventuell eintretenden Betreuungsfall verbindlich zu äußern. Gericht und Betreuerinnen und Betreuer haben dann eine Art Handlungsanweisung, nach der sie sich zu richten haben.

Besonders wichtig ist die Betreuungsverfügung in Bezug auf die Person des Betreuers oder der Betreuerin. Das Gesetz legt eindeutig fest, dass das Gericht den Wünschen der Betroffenen grundsätzlich zu entsprechen hat. Das Gericht darf deshalb einen von Ihnen gemachten Vorschlag nicht einfach übergehen. Personen, die zu einer Einrichtung, in der der oder die Volljährige untergebracht ist oder wohnt, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder einer anderen engen Beziehung stehen dürfen kraft Gesetzes allerdings in der Regel nicht als Betreuerinnen oder Betreuer bestellt werden. Es bringt deshalb grundsätzlich nichts, wenn Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen des Seniorenheimes in einer Betreuungsverfügung benennen.

Es kann für Sie unter Umständen noch wichtiger sein zu bestimmen, dass eine konkrete Person nicht Ihre Betreuerin oder Ihr Betreuer werden soll. Sie können gravierende Gründe für einen solchen Wunsch haben. Ob das Gericht hiervon in einem Betreuungsverfahren erfährt, ist nicht sicher. Wenn Sie sich aber vorher klar gegen eine bestimmte Person aussprechen, dann wird das Gericht davon ausgehen, dass es nicht zu einem Vertrauensverhältnis kommen wird, und deshalb bemüht sein, eine andere Lösung zu finden.

Eine Beratung und Unterstützung in Fragen der Betreuungsverfügung gibt es bei örtlich zuständigen Betreuungsbehörden, Betreuungsvereinen sowie Rechtsanwälten und Notaren. Zu allgemeinen Fragen zur Betreuung können Sie sich auch an das nächste Amtsgericht wenden.

Die Bundesnotarkammer bietet das Zentrale Vorsorgeregister an. Durch das Zentrale Vorsorgeregister können Vorsorgeurkunden, also auch Betreuungsverfügungen schnell und sicher gefunden werden.
https://www.vorsorgeregister.de/ „

(Quelle: https://www.speyer.de/de/buergerservice/leistungen/RLP:entry:2272471:ANLR-VLR/betreuungsverfuegung/#LLGBESCHREIBUNG)

In Speyer sind zuständig:

Amtsgericht Speyer
Wormser Straße 41, 67346 Speyer
Tel.: 06232 609-0
Fax: 06232 609- 2891
E-Mail: agsp@zw.mjv.rlp.de
Diese E-Mail-Adresse eröffnet keinen Zugang für formbedürftige Erklärungen in Rechtssachen.

Betreuungsbehörde bei der Stadtverwaltung Speyer
Schustergasse 7, 67346 Speyer

Eine Beratung zur Betreuungsverfügung ist nur mit einem vorher ausgemachten Termin möglich.

Bernhard Aulbach
Tel. 06232 14 2382
E-Mail: bernhard.aulbach@stadt-speyer.de

Lena Hook
Tel. 06232 14 2227
E-Mail: lena.hook@stadt-speyer.de

Sarah Lansche
Tel. 06232 14 2264
E-Mail: sarah.lansche@stadt-speyer.de

Lena Morlock-Limbacher
Tel. 06232 14 2638
E-Mail: lena.morlock-limbacher@stadt-speyer.de

Textbausteine Patientenverfügung

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.2) und welche Behandlungswünsche in diesen Situationen bestehen (Formulierungshilfen hierzu unter 2.3). Auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z. B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z. B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 2.3, die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor beschriebene konkrete Behandlungssituation genommen („In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,“). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 2.3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden (vgl. auch Fußnote 7).

Im Einzelfall kann sich die erforderliche Konkretisierung aber auch bei einer weniger detaillierten Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben (vgl. Beschluss des BGH vom 8. Februar 2017).

Eingangsformel

Ich _____ (Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in) bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ...

2.2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung 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 unwahrscheinlich ist.[5]

[5] Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei

- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.[6]
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

  _____

  _____

  Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.[7]

2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung[8]

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

6 Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patientinnen und Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennen die Kranken selbst nahe Angehörige nicht mehr und sind schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

7 Die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

8 Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr[9]

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation[10] zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.

oder

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

2.3.4 Wiederbelebung[11]

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.

oder

- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. 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.

2.3.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

---

9 Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf).

10 Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

11 Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

2.3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

2.3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation[10] zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Antibiotika.

2.3.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

oder

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation[10] zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

2.4 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

  _____

  _____

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

  _____

  _____

- hospizlichen Beistand.

2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

_____

_____

2.6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Alternativen

  - meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
  - anderer Person: …

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen 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 die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Alternativen

  - meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
  - anderer Person: …

2.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

  Bevollmächtigte(r)

  Name: _____

  Anschrift: _____

  Telefon/Telefax/E-Mail: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

  Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

  Name: _____

  Anschrift: _____

  Telefon/Telefax/E-Mail: _____

2.8 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

2.9 Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu[12] (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

Alternativen[13]

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.

---

12 Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wissenswertes über die Organspende“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 50819 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: bestellung@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefons beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

13 Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf. Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

2.10 Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.[14]

2.11 Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

2.12 Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert
  bei/durch _____
  und beraten lassen durch _____

2.13 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes[15] _____

2.14 Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

Alternativen

in vollem Umfang._____

mit folgenden Änderungen:_____

Datum _____

Unterschrift _____

---

[14] Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass die Erstellerin oder 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.

[15] Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

Vollmacht Seite 1

Vollmacht

Ich, (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, 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.

Fortsetzung Seite 2

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. ◯ ja ◯ nein

- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung 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 (§ 1829 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 erforderlich ist, darf sie

  über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB) ◯ ja ◯ nein

  über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) ◯ ja ◯ nein

  über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB) ◯ ja ◯ nein

  über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB) ◯ ja ◯ nein

  entscheiden.

- _____

- _____

- _____

2. Aufenthalt und 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 Wohnungsmietvertrag 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

- _____

Fortsetzung Seite 3

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. ◯ 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 ◯ ja ◯ nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ◯ ja ◯ nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ◯ ja ◯ nein

- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**) ◯ ja ◯ nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**) ◯ ja ◯ nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). ◯ ja ◯ nein

- _____

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

- _____

- _____

Hinweis:
1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

Fortsetzung Seite 4

5. Post und 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

6. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. ◯ ja ◯ nein

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen. ◯ ja ◯ nein

8. 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

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus. ◯ ja ◯ nein

10. Weitere Regelungen

-

Ort, Datum — Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum — Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Letzte Seite

Konto-/Depot-/Schrankfachvollmacht – Vorsorgevollmacht

(Abgestimmt mit den in der Deutschen Kreditwirtschaft zusammenarbeitenden Spitzenverbänden)

Konto-/Depot-/Schrankfachinhaber/Vollmachtgeber

Name und Anschrift	
Name und Anschrift der Bank/Sparkasse	

Ich (nachstehend der „Vollmachtgeber“ genannt) bevollmächtige den nachstehend genannten Bevollmächtigten

Name, Vorname (auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Anschrift		Telefon-Nummer	

den Vollmachtgeber im Geschäftsverkehr mit der Bank/Sparkasse zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle bestehenden und künftigen Konten und Depots des Vollmachtgebers bei der vorgenannten Bank/Sparkasse und für von dem Vollmachtgeber von der Bank/Sparkasse gemietete Schrankfächer.

Im Einzelnen gelten folgende Regelungen:

1. Die Vollmacht berechtigt gegenüber der Bank/Sparkasse dazu
   - über das jeweilige Guthaben (zum Beispiel durch Überweisungen, Barabhebungen, Schecks) zu verfügen,
   - Zahlungsaufträge und Einzugsaufträge zu erteilen, zu ändern und zu widerrufen
   - Festgeldkonten und sonstige Einlagenkonten sowie Girokonten auf Guthabenbasis einzurichten,
   - eingeräumte Kredite in Anspruch zu nehmen,
   - von der Möglichkeit vorübergehender Kontoüberziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch zu machen,
   - An- und Verkäufe von Wertpapieren (mit Ausnahme von Finanztermingeschäften) und Devisen zu tätigen und die Auslieferung an sich zu verlangen,
   - Abrechnungen, Kontoauszüge, Wertpapier-, Depot- und Erträgnisaufstellungen sowie sonstige die Konten/Depots und Schrankfächer betreffenden Mitteilungen und Erklärungen entgegenzunehmen und anzuerkennen,
   - Freistellungsaufträge zu erteilen oder zu ändern,
   - für sich Debitkarten* und Zugang zum Online-Banking oder Telefonbanking zu beantragen sowie die entsprechende Online-Banking- oder Telefonbanking-Vereinbarung zu ändern.
2. Die Vollmacht umfasst auch den Zugang zu den von dem Vollmachtgeber von der Bank/Sparkasse gemieteten Schrankfächern.
3. Zur Erteilung von Untervollmachten ist der Bevollmächtigte nicht berechtigt.
4. Die Vollmacht kann vom Vollmachtgeber jederzeit gegenüber der Bank/Sparkasse widerrufen werden. Widerruft der Vollmachtgeber die Vollmacht gegenüber dem Bevollmächtigten, so hat der Vollmachtgeber die Bank/Sparkasse hierüber unverzüglich zu unterrichten. Der Widerruf gegenüber der Bank/Sparkasse und deren Unterrichtung sollten aus Beweisgründen möglichst schriftlich erfolgen.
5. Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Vollmachtgebers; sie bleibt für die Erben des verstorbenen Vollmachtgebers in Kraft. Widerruft einer von mehreren Miterben die Vollmacht, so kann der Bevollmächtigte nur noch diejenigen Miterben vertreten, die seine Vollmacht nicht widerrufen haben. In diesem Fall kann der Bevollmächtigte von der Vollmacht nur noch gemeinsam mit dem Widerrufenden Gebrauch machen. Die Bank/Sparkasse kann verlangen, dass der Widerrufende sich als Erbe ausweist.
6. Zur Auflösung der Konten und Depots und zur Kündigung des Schrankfachmietvertrages ist der Bevollmächtigte erst nach dem Tode des Vollmachtgebers berechtigt; bei mehreren Konto-/Depot-/Schrankfachinhabern besteht diese Berechtigung für den von allen Konto-/Depot-/Schrankfachinhabern entsprechend bevollmächtigten Vertretern erst nach dem Tode aller Konto-/Depot-/Schrankfachinhaber.

*Begriff institutsabhängig, zum Beispiel ec- bzw. Maestro-Karte oder Kundenkarte.

Wichtige Hinweise für den Vollmachtgeber

Ab wann und unter welchen Voraussetzungen der Bevollmächtigte von dieser Vollmacht Gebrauch machen darf, richtet sich nach den gesondert zu treffenden Vereinbarungen zwischen dem Vollmachtgeber und dem Bevollmächtigten. Unabhängig von solchen Vereinbarungen kann der Bevollmächtigte gegenüber der Bank/Sparkasse **ab dem Zeitpunkt der Ausstellung** dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen.

Die Bank/Sparkasse prüft **nicht**, ob der „Vorsorgefall“ beim Vollmachtgeber eingetreten ist.

Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtgebers	

Der Bevollmächtigte zeichnet:

Ort, Datum Unterschrift des Bevollmächtigten = Unterschriftsprobe	

Ihre Bank/Sparkasse ist **gesetzlich verpflichtet,** den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. **Zur Erteilung der Konto-/Depot-/Schrankfachvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf.**

P

Antrag auf Eintragung einer vorhandenen oder mehrerer vorhandener Vorsorgeangelegenheit/-en

Bitte senden Sie das ausgefüllte und **unterschriebene Formular per Post** an die folgende Adresse:
Zentrales Vorsorgeregister, Postfach 08 01 51, 10001 Berlin.

Bitte senden Sie uns keine Vorsorgeurkunde(n) zu.
Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet.
Bitte beachten Sie auch die Hinweise am Ende des Formulars.

BUNDESNOTARKAMMER
ZENTRALES VORSORGEREGISTER

I. Allgemeine Informationen zu der/den Vorsorgeangelegenheit/-en

1. * Datum der Vorsorgeverfügung/-en

2. * Zu registrierende Vorsorgeangelegenheit/-en

- ☐ Vorsorgevollmacht zur Erledigung von
  - ☐ Vermögensangelegenheiten
  - ☐ Angelegenheiten der Gesundheitssorge
    - ☐ Maßnahmen nach § 1829 Abs. 1 und 2 BGB ausdrücklich umfasst
    - ☐ Maßnahmen nach § 1832 Abs. 1 und 4 BGB ausdrücklich umfasst
  - ☐ Angelegenheiten der Aufenthaltsbestimmung
    - ☐ Maßnahmen nach § 1831 Abs. 1 und 4 BGB ausdrücklich umfasst
  - ☐ sonstigen persönlichen Angelegenheiten
- ☐ Betreuungsverfügung
- ☐ Patientenverfügung
- ☐ Ehegattenwiderspruch

3. Aufbewahrungsort der Vorsorgeurkunde

- ☐ bei dem Vorsorgenden
- ☐ bei dem Bevollmächtigten / vorgeschlagenen Betreuer
- ☐ bei einer sonstigen Person
- ☐ bei einer Einrichtung

Bezeichnung der Einrichtung / Firma

Straße und Hausnummer der Einrichtung

Postleitzahl und Ort der Einrichtung

P

* Nachname, Vorname des Vorsorgenden

* Geburtsdatum des Vorsorgenden

II. Daten des Vorsorgenden

(Vollmachtgeber / Ersteller der Betreuungsverfügung / Ersteller der Patientenverfügung / Widersprechender)

1. * Anrede
   ○ Frau ○ Herr ○ keine

2. Titel
   ☐ Prof. ☐ Dr.

3. * Vorname(n)

4. * Nachname

5. Geburtsname

6. * Geburtsort

7. * Geburtsdatum

8. Land

9. * Straße

10. * Hausnummer

11. Adresszusatz

12. * Postleitzahl

13. * Ort

14. E-Mail-Adresse

15. * Zahlungsweise
    ☐ Lastschrift ☐ Überweisung

16. IBAN

17. Kontoinhaber

Hiermit ermächtige ich die Bundesnotarkammer, Gläubiger-Identifikationsnummer DE19REG00000101186, einmalig eine Zahlung von meinem oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bundesnotarkammer auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Einzug erfolgt unter einer individuellen Mandatsreferenz, die mir mit Rechnungserstellung mitgeteilt wird.



Ort, Datum *** Unterschrift des Kontoinhabers**

P

* Nachname, Vorname des Vorsorgenden

* Geburtsdatum des Vorsorgenden

III. Daten des Bevollmächtigten / vorgeschlagenen Betreuers

1. * Die Vertrauensperson fungiert als (Mehrauswahl möglich)
   - ☐ Bevollmächtigter mit
     - ☐ Einzelvertretungsmacht oder
     - ☐ Gesamtvertretungsmacht
   - ☐ vorgeschlagener Betreuer

2. * Anrede
   ○ Frau ○ Herr ○ keine

3. Titel
   ☐ Prof. ☐ Dr.

4. * Vorname(n)

5. * Nachname

6. Geburtsname

7. * Geburtsdatum

8. Land

9. * Straße

10. * Hausnummer

11. Adresszusatz

12. * Postleitzahl

13. * Ort

14. Telefonnummer

15. E-Mail-Adresse

Ich – der Vorsorgende – beantrage die Eintragung der vorstehenden Daten



Ort, Datum *** Unterschrift des Vorsorgenden**

Sofern in diesem Formular Personen oder Personengruppen mit der männlichen Form bezeichnet werden, sind damit gleichermaßen Personen bzw. Personengruppen aller Geschlechter gemeint. Die Vereinfachung dient lediglich der besseren Lesbarkeit.

Formular P – Hinweise

Die Bundesnotarkammer führt gemäß § 78 Abs. 2 Nr. 1, § 78a der Bundesnotarordnung das Zentrale Vorsorgeregister (ZVR). Es dient der schnellen und zuverlässigen Information der Betreuungsgerichte und behandelnden Ärzte über vorhandene Vorsorgeverfügungen (Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen, Patientenverfügungen und Widersprüche gegen das Ehegattennotvertretungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten nach § 1358 Abs. 1 und 2 BGB). Dadurch werden nicht erforderliche Betreuungen im Interesse der Bürger vermieden und die schnelle Auffindbarkeit von Vorsorgeverfügungen für die Betreuungssgerichte und behandelnden Ärzte gewährleistet. Das ZVR dient damit sowohl der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der Bürger als auch der Effizienz der Justiz und des Gesundheitswesens.

Eintragungsverfahren
Die Eintragung im ZVR ist keine eigenständige Errichtung einer Vorsorgeverfügung. Die Registrierung ersetzt die rechtswirksame Errichtung der Vorsorgeverfügung, in der Regel durch eine Urkunde, nicht. Im ZVR werden vielmehr Angaben zu bereits bestehenden Vorsorgeverfügungen gespeichert. Für rechtliche Fragen zum Inhalt einer Vorsorgeverfügung sollten Sie sich von einem Notar oder Rechtsanwalt beraten lassen.

Wenn Sie eine wirksame Vorsorgeverfügung getroffen haben, können Sie den Antrag auf Eintragung in das ZVR gebührenermäßigt online stellen. Unter https://www.vorsorgeregister.de finden Sie hierzu nähere Informationen. Alternativ können Sie für den Antrag auf Eintragung Ihrer Vorsorgeangelegenheiten das Formular **P** verwenden. **Für jeden Vorsorgenden ist ein eigenes Formular auszufüllen.** Füllen Sie den Antrag bitte deutlich und vollständig aus und beachten Sie Groß- und Kleinschreibung. Alle Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet. Senden Sie den unterschriebenen Antrag per Post an: Zentrales Vorsorgeregister, Postfach 08 01 51, 10001 Berlin. **Bitte schicken Sie uns auf keinen Fall Ihre Vorsorgeurkunde/-n!**

Nach Eingang Ihres Antrages erhalten Sie eine Rechnung zu Ihrer Registrierung. Sobald Sie die Registrierungsgebühr beglichen haben, erfolgt die endgültige Speicherung der Kenndaten Ihrer Vorsorgeangelegenheit/-en, so dass diese für die zuständigen Betreuungsgerichte und behandelnden Ärzten einsehbar werden. Nach Abschluss des Verfahrens erhalten Sie eine Bestätigung über die Eintragung Ihrer Vorsorgeangelegenheit/-en im ZVR.

Kosten der Eintragung
Für die Registrierung wird eine aufwandsbezogene Gebühr erhoben. Die Gebühr fällt nur einmal an und deckt die dauerhafte Registrierung und Beauskunftung an Gerichte und Ärzte ab. Sie beträgt für postalische Anmeldungen 23,50 €. Bei Online-Meldungen ermäßigt sich die Grundgebühr um 3,00 €. Wenn Sie nicht am Lastschriftverfahren teilnehmen, beträgt die Registrierungsgebühr 26,00 €. Die Gebühr umfasst die Benennung einer Vertrauensperson (Bevollmächtigter oder vorgeschlagener Betreuer). Sofern Ihre Registrierung keine Vertrauensperson enthält, verringern sich die vorgenannten Gebühren um jeweils 3,50 €.

Für jede Vertrauensperson, die nachträglich registriert wird, fallen jeweils 4,00 € an; bei einer Online-Meldung 3,50 €. Um den Mehrwert Ihrer Registrierung zu steigern, ist die Angabe mindestens einer Vertrauensperson dringend empfohlen.

I. Allgemeine Informationen zu der / den Vorsorgeangelegenheit/-en
Ziffer 1: Die Angabe des Datums der Vorsorgeverfügung ist zwingend. Dies ist in der Regel das Datum, an dem Sie Ihre Vorsorgeurkunde errichtet haben.

Ziffer 2: Die Angabe der zu registrierenden Vorsorgeangelegenheit/-en ist zwingend. Hier können Sie alle in ihrer Urkunde enthaltenen Vorsorgeangelegenheiten ankreuzen. Bitte kreuzen Sie nur Vorsorgeangelegenheiten an, die Sie auch tatsächlich geregelt haben.

Mit einer **Vorsorgevollmacht** bestimmen Sie, wer Ihre Angelegenheiten für Sie wahrnehmen soll, wenn Sie selbst nicht handeln können oder wollen. Hier können Sie Familienangehörige, aber auch Bekannte, Freunde oder andere Menschen, denen Sie vertrauen, benennen.

Die Angaben zum Umfang Ihrer **Vorsorgevollmacht** erleichtern es den Betreuungsgerichten sowie den behandelnden Ärzten, den Inhalt Ihrer Vollmacht frühzeitig einzuschätzen:

- Zu **Vermögensangelegenheiten** gehören insbesondere die Verwaltung und die Verfügung über das Vermögen, das Eingehen von Verbindlichkeiten, der Abschluss von Verträgen sowie die Vor- und Entgegennahme von Kündigungen, die Beantragung und Entgegennahme von Sozialleistungen, die außergerichtliche und gerichtliche Vertretung gegenüber Personen, Behörden und Gerichten, einschließlich Banken und Kreditinstituten, sowie die Vertretung in erbrechtlichen Angelegenheiten. Sofern die Vorsorgevollmacht bei dem Grundbuchamt oder Registergericht vorzulegen ist, muss sie zumindest in öffentlich beglaubigter Form erteilt worden sein. Ist die Vorsorgevollmacht durch eine Betreuungsbehörde beglaubigt, verliert sie ihre Beglaubigungswirkung mit dem Tod des Vollmachtgebers (§ 7 Abs. 1 Satz 2 BtOG). Für manche Rechtsgeschäfte ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich.

- **Angelegenheiten der Gesundheitssorge** umfassen beispielsweise die Einsicht in Krankenunterlagen und das Besuchsrecht. Die Befugnis des Bevollmächtigten zur Einwilligung, Nichteinwilligung oder zum Widerruf der Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf nach § 1829 Abs. 1, 2 und 5 BGB bei bestimmten Gefahrenlagen der ausdrücklichen Erwähnung in der Vollmacht. Nach § 1832 Abs. 1 und 5 Satz 1 BGB kann der Bevollmächtigte in eine ärztliche Maßnahme gegen den natürlichen Willen des Vollmachtgebers nur unter sehr strengen Voraussetzungen einwilligen. Die Einwilligung setzt voraus, dass die Maßnahme erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden vom Vollmachtgeber abzuwenden und dass diese Befugnis von der Vollmacht ausdrücklich umfasst ist. Dies gilt nach § 1832 Abs. 4 und 5 Satz 1 BGB auch für die Verbringung zu einem stationären Aufenthalt gegen den Willen des Vollmachtgebers, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt. Zudem bedarf die Einwilligung in die vorgenannten Maßnahmen grundsätzlich der Genehmigung des Betreuungsgerichts.

- **Angelegenheiten der Aufenthaltsbestimmung** können auch freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen umfassen (z. B. freiheitsentziehende Unterbringung oder Freiheitsentziehung in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise). Die Befugnisse des Bevollmächtigten, anstelle des Vollmachtgebers in eine freiheitsentziehende oder -beschränkende Maßnahme einzuwilligen (§ 1831 Abs. 1 und 4 BGB), müssen allerdings ausdrücklich in der Vollmacht erwähnt werden. Zusätzlich ist die Genehmigung durch das Betreuungsgericht notwendig.

Eine **Betreuungsverfügung** dient – anders als die Vorsorgevollmacht – nicht der Betreuungsvermeidung, sondern soll eine vom Gericht anzuordnende Betreuung näher ausgestalten. Die Betreuungsverfügung kann Wünsche zur Auswahl des Betreuers und zur Durchführung der Betreuung enthalten. Sie entfaltet grundsätzlich Bindungswirkung gegenüber dem Betreuungsgericht bzw. dem Betreuer, sofern die schriftlich niedergelegten Wünsche nicht dem Wohl des Betreuten zuwiderlaufen.

Eine **Patientenverfügung** enthält Wünsche zur medizinischen Behandlung für den Fall, dass ein Zustand der Entscheidungsunfähigkeit, etwa aufgrund von Bewusstlosigkeit, vorliegt.

Der **Ehegattenwiderspruch** ist die Verlautbarung der Ablehnung des gesetzlichen Ehegattennotvertretungsrechts in Gesundheitsangelegenheiten nach § 1358 Abs. 1 und 2 BGB. Durch die Registrierung kann eine Bekanntgabe der Ablehnung des Ehegattennotvertretungsrechts i.S. von § 1358 Abs. 3 Nr. 2 lit. a) BGB erreicht werden. Es ist empfehlenswert, die Ablehnung darüber hinaus auch in einer Vorsorgeurkunde zu verkörpern und auffindbar aufzubewahren.

Ziffer 3: Damit Ihre Vorsorgeverfügung/-en den entscheidenden Stellen im Ernstfall zur Kenntnis gelangen können, geben Sie bitte an, wo die Vorsorgeurkunde aufbewahrt wird.

II. Daten des Vorsorgenden

Geben Sie die Daten zu Ihrer Person bitte besonders sorgfältig an. Sie sind für die spätere Suche nach der Vorsorgeverfügung unentbehrlich.

(Ziffer 15 - 17) Angaben zur Zahlungsweise

Wenn Sie die anfallenden Gebühren im Lastschriftverfahren begleichen möchten, machen Sie bitte die erforderlichen Angaben und erteilen der Bundesnotarkammer ein Lastschriftmandat. Sie können auch gegen Rechnung bezahlen. Hierfür fällt eine um 2,50 € erhöhte Registrierungsgebühr an.

III. Daten des Bevollmächtigten / vorgeschlagenen Betreuers

Auf Seite 3 des Formulars **P** ist die Angabe einer Vertrauensperson (Bevollmächtigter, vorgeschlagener Betreuer) möglich. Falls Sie die Eintragung weiterer Vertrauenspersonen beantragen möchten, verwenden Sie hierfür bitte für jede weitere Vertrauensperson das Formular **PZ**. Die Eintragung des oder der in der Vorsorgeverfügung benannten Vertrauensperson/-en ist dringend zu empfehlen, um den Betreuungsgerichten und den behandelnden Ärzten eine möglichst breite Informationsgrundlage zu bieten, anhand derer diese entscheiden können, ob die Vorsorgeverfügung für das Betreuungsverfahren oder für Entscheidungen über medizinische Maßnahmen relevant ist. Durch Eintragung der Vertrauensperson/-en ist zudem sichergestellt, dass diese im Ernstfall zügig ermittelt werden und das Betreuungsgericht oder der behandelnde Arzt zu ihr / ihnen Kontakt aufnehmen kann. Zum Schutze des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung werden alle Vertrauenspersonen über ihre Eintragung im Zentralen Vorsorgeregister informiert und auf ihr Recht hingewiesen, die Löschung ihrer Daten jederzeit verlangen zu können.

Spätere Änderungen

Wenn Sie Ihre Kontaktdaten oder diejenigen einer Vertrauensperson später ändern möchten, können Sie das im Internet unter www.vorsorgeregister.de tun. Nutzen Sie dafür den in Ihrer Eintragungsbestätigung enthaltenen **Freischaltcode** und richten Sie sich Ihr eigenes Benutzerkonto ein. Bewahren Sie die Eintragungsbestätigung und den darin enthaltenen Freischaltcode gut auf. Alternativ können Sie unsere Formulare verwenden. Diese finden Sie unter www.vorsorgeregister.de.

Kontakt

Bundesnotarkammer, K.d.ö.R.
Zentrales Vorsorgeregister

Postfach 08 01 51
10001 Berlin

Telefon 0800 - 3550500
Telefax 030 - 38386677

www.vorsorgeregister.de
info@vorsorgeregister.de

PZ

Antrag auf Eintragung weiterer Vertrauenspersonen zu einer oder mehreren vorhandenen Vorsorgeangelegenheit/-en

Bitte senden Sie das ausgefüllte und **unterschriebene Formular per Post** an die folgende Adresse:
Zentrales Vorsorgeregister, Postfach 08 01 51, 10001 Berlin.
Bitte senden Sie uns keine Vorsorgeurkunde(n) zu.
Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet.
Bitte beachten Sie auch die Hinweise am Ende des Formulars.

BUNDESNOTARKAMMER
ZENTRALES VORSORGEREGISTER

I. Daten des Vorsorgenden

(Vollmachtgeber / Ersteller der Betreuungsverfügung / Ersteller der Patientenverfügung / Widersprechender)

1. * Nachname

2. * Geburtsdatum

II. Daten der Vertrauensperson

1. * Die Vertrauensperson fungiert als (Mehrauswahl möglich)
   - ☐ Bevollmächtigter mit
     - ☐ Einzelvertretungsmacht oder
     - ☐ Gesamtvertretungsmacht
   - ☐ vorgeschlagener Betreuer
   - ☐ Patientenvertreter

2. * Anrede
   ○ Frau ○ Herr ○ keine

3. Titel
   ☐ Prof. ☐ Dr.

4. * Vorname(n)

5. * Nachname

6. Geburtsname

7. * Geburtsdatum

8. Land

9. * Straße

10. * Hausnummer

11. Adresszusatz

12. * Postleitzahl

13. * Ort

14. Telefonnummer

15. E-Mail-Adresse

PZ

* Nachname des Vorsorgenden

* Geburtsdatum des Vorsorgenden

Ich – der Vorsorgende – beantrage die Eintragung der vorstehenden Daten



Ort, Datum *** Unterschrift des Vorsorgenden**

Sofern in diesem Formular Personen oder Personengruppen mit der männlichen Form bezeichnet werden, sind damit gleichermaßen Personen bzw. Personengruppen aller Geschlechter gemeint. Die Vereinfachung dient lediglich der besseren Lesbarkeit.

Formular PZ – Hinweise

Die Bundesnotarkammer führt gemäß § 78 Abs. 2 Nr. 1, § 78a der Bundesnotarordnung das Zentrale Vorsorgeregister (ZVR). Es dient der schnellen und zuverlässigen Information der Betreuungsgerichte und behandelnden Ärzte über vorhandene Vorsorgeverfügungen (Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen, Patientenverfügungen und Widersprüche gegen das Ehegattennotvertretungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten nach § 1358 Abs. 1 und 2 BGB). Dadurch werden nicht erforderliche Betreuungen im Interesse der Bürger vermieden und die schnelle Auffindbarkeit von Vorsorgeverfügungen für die Betreuungssgerichte und behandelnden Ärzte gewährleistet. Das ZVR dient damit sowohl der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der Bürger als auch der Effizienz der Justiz und des Gesundheitswesens.

Eintragung von Vertrauenspersonen stets sinnvoll
Eine Vertrauensperson ist eine von Ihnen in einer Vorsorgeurkunde bevollmächtigte Person (**Bevollmächtigter**) und/oder eine von Ihnen benannte Person, die im Falle einer rechtlichen Betreuung zu Ihrem Betreuer bestellt werden soll (**vorgeschlagener Betreuer**). Ein Bevollmächtigter kann auch berechtigt sein, den in Ihrer Patientenverfügung festgehaltenen Willen im Ernstfall durchzusetzen (**Patientenvertreter**). Die Eintragung der in der Vorsorgeurkunde benannten Vertrauensperson/-en ist dringend zu empfehlen, um den Betreuungsgerichten und behandelnden Ärzten eine möglichst breite Informationsgrundlage zu bieten, anhand derer diese entscheiden können, ob die Vorsorgeverfügung für das Betreuungsverfahren oder für Entscheidungen über medizinische Maßnahmen relevant ist. Durch Eintragung der Vertrauensperson/-en ist zudem sichergestellt, dass diese im Ernstfall zügig ermittelt werden und das Betreuungsgericht oder der behandelnde Arzt schnell Kontakt aufnehmen kann.

Formular PZ nur bei mehr als einer Vertrauensperson im Zuge einer Neuregistrierung erforderlich
Beachten Sie bitte, dass das Formular **PZ** lediglich einen Zusatz zum Formular **P** darstellt. Die Verwendung des Formulars **PZ** ist **nur erforderlich**, wenn Sie bei einer Neuregistrierung die Eintragung von mehr als einer Vertrauensperson beantragen möchten. Mit dem Formular **P** können Sie bereits eine Vertrauensperson angeben. Für Angaben zu weiteren Vertrauenspersonen ist dann pro Vertrauensperson jeweils ein Formular **PZ** zu verwenden. Das Formular **P** kann mit mehreren Zusatzformularen **PZ** kombiniert werden. Es ist hingegen nicht möglich, ein Zusatzformular **PZ** mit mehreren Formularen **P** zu kombinieren.

Möchten Sie bei einer bereits bestehenden Registrierung die Eintragung einer Vertrauensperson beantragen, ist das Formular **KZ** zu verwenden.

Formular PZ
Füllen Sie den Antrag bitte deutlich und vollständig aus und beachten Sie Groß- und Kleinschreibung. Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet. Senden Sie den unterschriebenen Antrag **zusammen** mit dem Formular **P** per Post an: Zentrales Vorsorgeregister, Postfach 08 01 51, 10001 Berlin. Bitte schicken Sie uns auf keinen Fall Ihre Vorsorgeurkunde/-n! Der Antrag muss vom Vorsorgenden unterschrieben werden. In jedem Fall empfiehlt es sich, bei der Vertrauensperson nachzufragen, ob sie bereit ist, für Sie im Ernstfall tätig zu werden. Zum Schutz des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung werden alle Vertrauenspersonen über ihre Eintragung im ZVR informiert und auf ihr Recht hingewiesen, die Löschung ihrer Daten jederzeit verlangen zu können.

I. Daten des Vorsorgenden
Geben Sie die Daten zu Ihrer Person bitte besonders sorgfältig an. Sie sind für die spätere Suche nach der Vorsorgeverfügung unentbehrlich.

Ziffern 1 und 2: Das Formular **PZ** muss sich stets auf ein Formular **P**, somit auf einen Vorsorgenden beziehen. Deshalb sind unter den Ziffern 1 und 2 die entsprechenden Angaben aus Ihrem Formular **P** zu übernehmen. Diese dienen der eindeutigen Zuordnung der Vertrauensperson zu einem Vorsorgenden.

II. Daten der Vertrauensperson
Geben Sie die Daten zu der Vertrauensperson bitte besonders sorgfältig an, damit diese im Notfall auch kontaktiert werden kann. Wir empfehlen die Angabe einer Telefonnummer. Bei mehreren Bevollmächtigten sollten Sie zu jedem Bevollmächtigten angeben, ob dieser Einzelvertretungsmacht hat, also einzeln handeln darf, oder ob dieser nur mit einem oder mehreren Bevollmächtigten zusammen handeln darf, ihm also Gesamtvertretungsmacht erteilt wurde.

Übersenden Sie bitte das Formular **PZ** stets mit dem dazugehörigen Formular **P**. Anstelle des schriftlichen Antrags ist die Online-Registrierung jederzeit im Internet unter www .vorsorgeregister.de gebührenermäßigt möglich.

Kontakt

Bundesnotarkammer, K.d.ö.R.
Zentrales Vorsorgeregister

Postfach 08 01 51
10001 Berlin

Telefon 0800 - 3550500
Telefax 030 - 38386677

www.vorsorgeregister.de
info@vorsorgeregister.de

Betreuungsverfügung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

■ **Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:**

Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

■ **Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:**

1. 2.

3. 4.

Ort, Datum Unterschrift

„Wenn die Krise zum Normalfall wird“

… dann erhalten Sie Hilfe hier durch …

Tage der seelischen Gesundheit
S P E Y E R

✓ **Telefonische Beratung und Online-Beratung rund um das Thema „Krisenbewältigung“**

Telefonseelsorge: **0800 111 0 111** oder **0800 111 0 222** ***(kostenfrei)***

Erreichbarkeit: täglich rund um die Uhr

Die TelefonSeelsorge® ist für jeden da, für alte und junge Menschen, Berufstätige, Hausfrauen, Auszubildende oder Rentner/-innen, für Menschen jeder Glaubensgemeinschaft und auch für Menschen ohne Kirchenzugehörigkeit.

Internetseelsorge

www.internetseelsorge.de/seelsorge-online

Mail und (auf Anfrage) Chatberatung
im Hinblick auf alle Lebenslagen.



Nummer gegen Kummer: **116 111** ***(kostenfrei)***

Erreichbarkeit: montags bis samstags von 14:00 bis 20:00 Uhr

Kinder und Jugendliche erhalten unter der „Nummer gegen Kummer“ kostenlose und vertrauliche Beratung von ausgebildeten Beratern/-innen des Kinder- und Jugendtelefons des Deutschen Kinderschutzbunds e.V.

Krisentelefon für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige

Nummer: **0800 220 330 0** ***(kostenfrei)***

Erreichbarkeit: montags bis freitags von 17:00 bis 23:00 Uhr,
sowie samstags, sonntags u. an Feiertagen von 8:00 bis 23:00 Uhr

Erwachsene Menschen in Lebenskrisen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige erhalten kostenlos und vertraulich Hilfe von ausgebildeten Berater/-innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen mit Erfahrung im Umgang mit Krisensituationen.

✓ Telefonische Beratung rund um das Thema „Depression in Zeiten von Corona“

Deutschlandweites **Info-Telefon Depression:** **0800 33 44 5 33** ***(kostenfrei)***

Erreichbarkeit: Mo, Di, Do: 13:00 – 17:00 Uhr
Mi, Fr: 08:30 – 12:30 Uhr

Das bundesweite Info-Telefon Depression soll **Betroffenen und Angehörigen** den Weg zu Anlaufstellen im Versorgungssystem weisen.

Das Info-Telefon Depression bietet:

- Krankheits- und behandlungsbezogene Informationen
- Hinweise zu Anlaufstellen im bestehenden Versorgungssystem

Silbertelefon: **0800 4 70 80 90** ***(kostenfrei)***

Erreichbarkeit: täglich von 8:00 bis 22:00 Uhr (auch am Wochenende)

Silbernetz ist ein einzigartiges Hilfs- und Kontaktangebot für **ältere Menschen** in Deutschland. Mit der Hotline „Silbertelefon“ will das Silbernetz älteren Menschen in der Coronakrise beistehen. (Keine psychologische Beratung.)

✓ Online-Informationen rund um das Thema „Krisenbewältigung“

KrisenBlog des Bistums Speyer

www.bistum-speyer.de/rat-und-hilfe/krisenblog/

KrisenBlog besteht seit dem 25. März 2020.
Darin geht es um Hilfen, Anregungen und Informationen rund um das Thema Krisenbewältigung.



Internetseite „Depression in Zeiten von Corona“

www.lzg-rlp.de/de/seelische-gesundheit.html

Unter dem Link der Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) finden Sie Internetseiten, Podcasts und Hotlines, die **Menschen mit Depression und ihren Angehörigen** in der aktuellen Corona-Situation helfen können.

✓ Telefonische und persönliche Beratung rund um das Thema „Trauer“

Trauer und Hospizseelsorge des Bistums Speyer

Erreichbarkeit telefonisch unter: **0 62 32 / 102 - 479**

Erreichbarkeit per Mail unter: **hospiz-trauer@bistum-speyer.de**

Ambulanter Hospiz- u. Palliativberatungsdienst

der Ökumenischen Sozialstation Speyer: **Trauercafé Phönix *(kostenfrei)***

Wo? Räumen der Pamina – Residenz im „Treff“: Paul Egell-Str. 24, 67346 Speyer
Wann? derzeit nur nach vorheriger Anmeldung jeden 2. Dienstag des Monats um 15:00 Uhr
Kontaktperson: Petra Gutekunst
Telefon: 0 62 32 / 60 47 - 44
Mail: p.gutekunst@ahpb-speyer.de

Trauernde finden in der geschützten und wohltuenden Atmosphäre des Cafés die Möglichkeit, über das, was sie in ihrer Trauersituation an Gedanken und Fragen bewegt, mit den Mitarbeitern/-innen von Trauercafé Phönix und anderen Betroffenen ins Gespräch zu kommen.

Das Trauercafé ist für alle Trauernde offen, unabhängig von Weltanschauung oder Konfession.

✓ Weitere Informationen zum Thema „seelische Gesundheit“ in Speyer

Homepage „Seelische Gesundheit“ der Stadt Speyer

www.speyer.de/seelischegesundheit

Menschen mit seelischen Problemen und deren Angehörigen finden hier Infos zu Helfernetzwerken und Selbsthilfegruppen in Speyer.

Wärmeinsel | Informationen |

www.speyer.de

Was ist das?

Beheizte Betreuungsstellen für alle Bürger von Speyer.

Wofür brauchen wir Wärmeinseln?

Bei einem möglichen Blackout werden Wohnungen und Gebäude nicht mehr beheizt werden können. Gründe sind u.a. fehlende Strom– oder Gasversorgung.

Wann werden die Wärmeinseln nutzbar sein?

Die Wärmeinseln werden bei Bedarf von Katastrophenschutzeinheiten der Stadt Speyer in Betrieb genommen. Eine Vorplanung existiert bereits.

Wie erfahre ich davon?

Sofern noch nutzbar werden die Bürger von Speyer über die üblichen Warn Apps und Rundfunk informiert.

Zusätzlich werden Lautsprecherdurchsagen mit Fahrzeugen Informationen hierzu geben.

Was muss ich beachten?

Die Wärmeinsel dient als Notaufenthalt im Katstrophen schutzfall. Sie dient lediglich zur befristeten Aufenthaltszeit von maximal 3 Stunden.

In der Wärmeinsel werden warme Getränke wie Tee oder Brühe angeboten. Hierzu muss jeder Besucher seine eigene Tasse mitbringen.

Tiere dürfen nicht mit in die Wärmeinsel mitgenommen werden.

SPEYER

Wärmeinsel | Informationen |

www.speyer.de

Wo befinden sich Wärmeinseln?

Es sind zurzeit 5 Wärmeinseln verteilt über das Stadtgebiet vorgeplant. Die genauen Standorte erfahren Sie im Bedarfsfall.

Gibt es vor Ort eine Betreuung z.B. für Kinder?

Es wird vor Ort separate Bereiche z.B. für Kinder und Eltern/Betreuer geben. Bitte sorgen Sie vor dem Besuch dafür, Spiele oder o.ä. selbst mitzubringen.

Eine sanitätsdienstliche Betreuung wird wenn möglich anwesend sein.

Kann ich als Spontanhelfer vor Ort unterstützen?

Sehr gerne können Sie sich während dem Betrieb am dortigen Empfang melden. Sie werden anschließend in einen Betreuungsplan eingetragen.

Für uns nützlich sind alle helfenden Hände mit Pädagogik oder Sanitätsausbildung.

Auch für andere Helfer haben wir ausreichend Arbeit!

Sind die Wärmeinseln barrierefrei?

Alle bereits vorgeplanten Wärmeinseln sind zurzeit barrierefrei.

SPEYER

Checklisten

Ihre Bedürfnisse sind je nach Lebenssituation unterschiedlich. Dies sind allgemeine Hinweise für die Vorbereitung auf Notfälle und Katastrophen. Prüfen Sie, was für Ihre Situation angemessen ist. Außerdem kann es sinnvoll sein, Dinge mit anderen zusammen anzuschaffen und zu teilen. Jede Vorbereitung zählt!

Essen und Trinken

- [ ] Trinkwasser:
  2 Liter pro Person und Tag für:
  - [ ] 3 Tage
  - [ ] 5 Tage
  - [ ] 7 Tage
  - [ ] 10 Tage
- [ ] Haltbare Lebensmittel
  für alle Personen für:
  - [ ] 3 Tage
  - [ ] 5 Tage
  - [ ] 7 Tage
  - [ ] 10 Tage
- [ ] Alternative Kochgelegenheit (wie Camping-Kocher oder Gasgrill)
- [ ] Brennstoffe für Kochgelegenheit (wie Gas)
- [ ] Futtervorrat für Haustiere

Information/Kommunikation

- [ ] Solar- oder batteriebetriebenes Radio inkl. Batterien oder Kurbelradio
- [ ] Warn-App installiert (wie NINA)
- [ ] Aufgeladene Powerbank
- [ ] Liste wichtiger Telefonnummern auf Papier

Licht und Wärme

- [ ] Taschenlampe und Ersatzbatterien
- [ ] Kerzen und Feuerzeug
- [ ] Warme Kleidung und Decken
- [ ] Schlafsäcke
- [ ] Netzunabhängige Heizgelegenheit (wie Gasheizer, Petroleumofen, Ethanolkamin)
- [ ] Brennstoffe für Heizgelegenheit

Hausapotheke

- [ ] Schmerzmittel
- [ ] Fiebersenkende Mittel
- [ ] Fieberthermometer
- [ ] Wunddesinfektionsmittel
- [ ] Hautdesinfektionsmittel
- [ ] Pflaster und Verbandsmaterial
- [ ] Verbandtuch für Brandwunden
- [ ] Einmalhandschuhe
- [ ] Kühlkompresse
- [ ] Pinzette
- [ ] Schere
- [ ] Brand-, Wund-, Heilsalbe
- [ ] Mittel gegen Durchfall, Erbrechen und Übelkeit
- [ ] Mittel gegen Erkältungsbeschwerden
- [ ] Elektrolyte zum Ausgleich von Flüssigkeitsverlust
- [ ] Mittel gegen Sonnenbrand und Insektenstiche
- [ ] Abschwellendes und kühlendes Gel für kleinere Sportverletzungen
- [ ] Abschwellende Nasentropfen oder Nasenspray

Persönliche Medikamente

- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]

Notgepäck

- [ ] Warme Kleidung, Regenschutz und feste Schuhe
- [ ] Wechselkleidung
- [ ] Erste-Hilfe-Material
- [ ] Persönliche Medikamente
- [ ] Geladene Powerbank
- [ ] Hygieneartikel
- [ ] Haltbare Lebensmittel und wiederbefüllbare Trinkflasche
- [ ] Mappe mit wichtigen Dokumenten
- [ ] Schlafsack oder Decke
- [ ] Essgeschirr
- [ ] Taschenmesser und Dosenöffner
- [ ] Taschenlampe
- [ ] Batterie- oder solarbetriebenes Radio bzw. Kurbelradio
- [ ] Feuerzeug oder Streichhölzer
- [ ] Sonnencreme und Kopfbedeckung
- [ ] Notizblock und Stift
- [ ] Arbeitshandschuhe
- [ ] Ersatz für Hilfsmittel wie Brille oder Hörsysteme
- [ ] Bargeld

Brandschutz

- [ ] Rauchmelder
- [ ] Feuerlöscher/Feuerlöschspray
- [ ] Kohlenmonoxid-Melder

Hygiene

- [ ] Zahnpasta, Zahnbürsten
- [ ] Seife
- [ ] Persönliche Hygieneartikel (wie Monatshygiene, Windeln)
- [ ] Müllbeutel, auch große und stabile zum Einhängen in die Toilette
- [ ] Toilettenpapier
- [ ] Desinfektionsmittel
- [ ] Waschmittel
- [ ] Feuchttücher
- [ ] Haushaltspapier
- [ ] Haushaltshandschuhe
- [ ] Campingtoilette

Sonstiges

- [ ] Wasserbehälter, für Löschwasser oder Brauchwasser
- [ ] Atemschutzmaske, zum Schutz vor Viren, Bakterien und gefährlichen Stoffen in der Luft (FFP2)
- [ ] Schutzhelm, zum Schutz bei herumfliegenden Trümmern
- [ ] Bargeld (zusätzlich zu Notgepäck)
- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]

Eigene Ergänzungen

Eigene Ergänzungen

Das **Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)** ist Ihr verlässlicher **Partner für Notfallvorsorge und Selbstschutz**. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage:

www.bbk.bund.de/vorsorge

Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

FEUERWEHR SPEYER

Feuerwehr Speyer Industriestr.7 67346 Speyer

Cell Broadcast aktivieren - iOS

Cell-Broadcast-Einstellungen auf dem iPhone:

1. Öffnen Sie die Geräteeinstellungen
2. Wählen Sie "Mitteilungen"
3. Scrollen Sie ans untere Ende des Bildschirms
4. Unter "Cell Broadcast Alerts" können Sie die Einstellungen vornehmen
5. Aktiviert sein sollten die Punkte "Extreme Gefahr" und "Gefahreninformationen".
6. Die Option "Test-Warnungen" ist für interne Zwecke der Telefonanbieter und muss nicht aktiviert werden.

Cell Broadcast aktivieren - Android

Cell-Broadcast-Einstellungen auf Android-Geräten:

1. Öffnen Sie die Geräteeinstellungen
2. Wählen Sie den Menüpunkt "Benachrichtigungen"
3. Unter "Notfallbenachrichtigungen für Mobilgeräte" können Sie die Einstellungen vornehmen
4. Aktiviert sein sollten die Punkte "Extreme Gefahr", "Erhebliche Gefahr" und "Gefahreninformation"
5. Die Option "Testwarnung" dient ebenfalls internen Zwecken und muss nicht aktiviert werden
6. Ein alternativer Zugang zu den Cell-Broadcast-Einstellungen bei Android-Geräten führt über die App "Messages"

- **Mobiltelefone** müssen in der Lage sein, **Cell Broadcast** zu **empfangen**. Dabei kommt es auf das Zusammenspiel aus Firmenhardware und Betriebssystem an. Ein **Betriebssystem-Update für Android (Google) ab Version 11** oder **iOS (Apple) ab Version 16.1** muss installiert sein. **- Regelmäßige Updates durchführen -**

Wir schützen Speyer. Seit 1848.

FEUERWEHR SPEYER

WarnApp NINA

NINA
Notfall-Informations- und Nachrichten-App

Einstellungen für Android finden Sie unter:

https://www.bbk.bund.de/DE/Warnung-Vorsorge/Warn-App-NINA/Einstellungen-Android/einstellungen-android.html

Einstellungen für iOS finden Sie unter:

Warn-App NINA - Einstellunghttps://www.bbk.bund.de/DE/Warnung-Vorsorge/Warn-App-NINA/Einstellungen-iOS/einstellungen-ios.html für iOS - BBK

Handy bleibt stumm – daran kann´s liegen / Informationen hierzu finden Sie unter:

https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/digitale-welt/apps-und-software/warnapps-handy-bleibt-stumm-daran-kanns-liegen-63131

Zentrale Prävention – Sachbereich 15
Bismarckstraße 116, 67059 Ludwigshafen

RheinlandPfalz
POLIZEIPRÄSIDIUM RHEINPFALZ
ZENTRALE PRÄVENTION/SB15

Telefonbetrug durch Schockanrufe


© Canva

Telefonbetrüger versuchen derzeit, vor allem ältere Menschen mittels sogenannter Schockanrufe um ihr Geld oder wertvollen Schmuck zu bringen. Dabei wird oftmals der Enkeltrick mit dem Callcenter-Betrug kombiniert.

Was sind Schockanrufe?

Bei einem sogenannten "**Schockanruf**" geben sich Betrüger am Telefon als Verwandte (meist Tochter/Sohn oder Enkel) oder als ein mit einem Vorgang betrauter Polizeibeamter oder Rechtsanwalt aus und täuschen eine Notsituation vor. Sie wollen die **Angerufenen dazu bringen, Geld oder Wertsachen**, wie teuren Schmuck, an sie **zu übergeben**.

Die Anrufer berichten etwa von einem Verkehrsunfall, in dessen Folge ein Familienmitglied sofort operiert werden müsse. Die Operation könne jedoch nur dann durchgeführt werden, wenn sie vorher in bar bezahlt wird.

Betrüger setzen mit Schockanrufen Opfer unter Zeitdruck

Die Betrüger setzen bewusst auf einen **Schockmoment** und **setzen ihre Opfer zeitlich unter Druck**, um sie zu unüberlegten und schnellen Entscheidungen zu drängen. Oft bemerken Opfer den Betrug erst, wenn es zu spät ist.

Lassen Sie sich deshalb am Telefon auf keinen Fall unter Druck setzen oder zu kurzfristigen Entscheidungen verleiten - egal, wie plausibel eine Situation zunächst dargestellt wird.

Kombination von Betrugsmaschen: Falscher Polizeibeamter und Enkeltrick

Es kommen auch Anrufe an, bei denen vorgegeben wird, dass Geld und Wertsachen im **Bankschließfach** nicht mehr sicher seien und zur Verwahrung an die Polizei übergeben werden müssten. Als Variante wird den potenziellen Opfern auch gesagt, dass es sich bei deren Geld, das auf dem Bankkonto liegt, um **Falschgeld** handelt, **das durch die Polizei überprüft werden muss**.

Um den eigentlichen Schwindel zu verschleiern, setzen Betrüger mitunter auch auf die **Kombination verschiedener Betrugsmaschen**: So folgt auf den Anruf eines (absichtlich) offensichtlichen Enkeltrickbetrügers ein Anruf eines vermeintlichen Polizeibeamten, der nach dem betrügerischen Enkel fahndet.

In jedem Fall handelt es sich um Betrugsmaschen, um die vorwiegend älteren Menschen zu verunsichern und sie dazu zu bewegen, Geld zu übergeben oder zu hinterlegen.

So können Sie sich vor Telefonbetrügern schützen

Denken Sie daran: **Die Polizei ruft Sie niemals unter der Polizeinotrufnummer 110 an!** Das machen nur Betrüger. Wenn Sie unsicher sind, wählen Sie die Nummer 110. Nutzen Sie dafür nicht die Rückruftaste.

- Legen Sie am besten auf, wenn Sie nicht sicher sind, wer anruft und Sie sich unter Druck gesetzt fühlen.
- Rufen Sie den Angehörigen unter der Ihnen bekannten Nummer an.
- Sprechen Sie am Telefon nie über Ihre persönlichen und finanziellen Verhältnisse.
- Übergeben Sie niemals Geld oder Wertsachen an unbekannte Personen!
- Ziehen Sie eine Vertrauensperson hinzu oder verständigen Sie über den Notruf 110 die Polizei!

Bedenken Sie: Niemals ist die Behandlung eines Unfallopfers von einer vorherigen Zahlung eines Geldbetrages abhängig.

Vorsicht: Falscher Polizist am Telefon

Trickbetrüger geben sich am Telefon als Polizisten, Staatsanwälte oder andere Amtspersonen aus, um vorwiegend ältere Menschen zur Herausgabe ihrer Wertsachen zu bringen. Dabei nutzen sie eine spezielle Technik, die bei einem Anruf auf der Nummernanzeige ihrer Opfer die Notrufnummer 110, die Rufnummer der örtlichen Polizeidienststelle oder des Bundeskriminalamts (BKA) erscheinen lässt.

Opfer sollen Geld und Wertsachen herausgeben
Unter Vorwänden, wie beispielsweise die Polizei habe Hinweise auf einen geplanten Einbruch, gelingt es den Betrügern immer wieder, ihren Opfern mittels geschickter Gesprächsführung glaubwürdig zu vermitteln, dass ihr Geld und ihre sonstigen Wertsachen zuhause nicht sicher seien. Ein Polizist in Zivil werde vorbei kommen, um das gesamte Geld und sämtliche Wertsachen „in Sicherheit" zu bringen. Ein anderer Vorwand ist, dass die Ersparnisse auf untergeschobenes Falschgeld überprüft bzw. Spuren gesichert werden müssten, ein Polizist komme vorbei und werde Geld beziehungsweise Wertsachen abholen. Oder die Opfer werden dazu aufgefordert, Geld und Wertsachen in Wohnortnähe abzulegen, damit die Polizei eine angebliche Verbrecherbande festnehmen könne.

Täter behaupten, Bankangestellten sei nicht zu trauen
Auch auf die Konten und Bankdepots ihrer Opfer haben es die Betrüger abgesehen. Unter dem Hinweis, die Bankmitarbeiter seien korrupt, oder steckten mit den angeblichen Einbrechern unter einer Decke, sollen die Angerufenen ihr gesamtes Vermögen auf der Bank nach Hause holen und einem Unbekannten, der sich als Polizist ausgibt, übergeben, um es in Sicherheit zu bringen.

Andere Betrugsopfer werden von der falschen Polizei dazu aufgefordert, Unbekannten, die sich als Polizisten ausgeben, Geld zu übergeben oder per Western Union ins Ausland zu überweisen, damit eine angebliche Betrügerbande festgenommen werden könne.

Opfer werden unter Druck gesetzt
Unter Umständen melden sich die Täter immer wieder bei ihren Opfern und setzen diese unter Druck, so dass diese am Ende nicht mehr klar denken können. Dabei gehen sie vollkommen skrupellos und erfindungsreich vor - je nachdem wie ihre Opfer reagieren. Sie erkundigen sich beispielsweise, ob diese alleine zuhause sind und fordern sie dazu auf, nur noch mit dem Handy zu telefonieren, so dass weder Angehörige noch die richtige Polizei benachrichtigt werden können. Die Telefonate können so lange dauern, bis ein Opfer zur Bank gegangen und Geld und Wertgegenstände an die Täter übergeben hat.

Reagiert ein Opfer misstrauisch, wird es u. a. mit dem Hinweis, es behindere eine polizeiliche „Aktion", wenn es nicht mitmache oder es sei zur Mithilfe verpflichtet, um die „Täter" festnehmen zu können, eingeschüchtert: So gaben sich die Betrüger auch schon als Mitarbeiter des Bundeskriminalamts in "hochgeheimer Mission" aus. Hatten sich ihre Opfer bereits bei der richtigen Polizei gemeldet, weil sie misstrauisch geworden waren, kontaktierten die Täter ihr Opfer erneut, um es mit dem Hinweis, diese echte Polizei sei korrupt und würde die hochgeheime Operation des Bundeskriminalamts stören, zu verwirren. Dabei scheuten sich die Betrüger nicht, gefälschte Verpflichtungserklärungen zum Beispiel eines „informellen Mitarbeiters des Bundeskriminalamts" oder ähnliche Anschein-Dokumente zu verwenden, um ihr Opfer zu täuschen.

Tipps der Polizei:
- Die Polizei wird Sie niemals um Geldbeträge bitten oder dazu auffordern, Geld oder Wertsachen herauszugeben.
- Die Polizei ruft Sie niemals unter der Polizeinotruf-Nummer 110 an.
  - Das tun nur Betrüger. Sind Sie sich unsicher, wählen Sie die Nummer 110. Benutzen Sie dabei aber nicht die Rückruftaste, da Sie sonst möglicherweise wieder bei den Betrügern landen, sondern wählen Sie die Nummer selbst.
  - Sie können sich aber auch an das örtliche Polizeirevier wenden. Erzählen Sie den Beamten von den Anrufen. Am besten ist, wenn Sie die Nummer Ihrer örtlichen Polizeibehörde sowie die Notrufnummer 110 griffbereit am Telefon haben, damit Sie sie im Zweifelsfall selber wählen können.

- Geben Sie am Telefon keine Auskunft über Ihre persönlichen und finanziellen Verhältnisse oder andere sensible Daten.
- Lassen Sie sich am Telefon nicht unter Druck setzen. Geben Sie Betrügern keine Chance, legen Sie einfach den Hörer auf. Nur so werden Sie Betrüger los. Das ist keinesfalls unhöflich!
- Öffnen Sie unbekannten Personen nicht die Tür. Ziehen Sie gegebenenfalls eine Vertrauensperson hinzu, z. B. Nachbarn oder nahe Verwandte.
- Übergeben Sie unbekannten Personen kein Geld oder Wertsachen.

Legen Sie den Telefonhörer auf, wenn:

- Sie nicht sicher sind, wer anruft.
- Sie der Anrufer nach persönlichen Daten und Ihren finanziellen Verhältnissen fragt, z. B. ob Sie Bargeld, Schmuck oder andere Wertgegenstände im Haus haben.
- Sie der Anrufer auffordert, Bargeld, Schmuck oder andere Wertgegenstände herauszugeben, bzw. Geld zu überweisen, insbesondere ins Ausland.
- Sie der Anrufer unter Druck setzt.
- Der Anrufer Sie dazu auffordert, zu Fremden Kontakt aufzunehmen, z. B. zu einem Boten, der Ihr Geld und Ihre Wertsachen mitnehmen soll.

Glauben Sie Opfer eines Betrugs geworden zu sein? Wenden Sie sich sofort an die örtliche Polizeidienststelle und erstatten Sie Anzeige.

▶▶▶ Informationen zu weiteren Betrugsmaschen zum Nachteil von Senioren auf:
www.polizei-beratung.de

Mit freundlicher Empfehlung

www.polizei-beratung.de

2017.10