



Betreuungsstelle



Vollmachten



Ruhrfestspielstadt
RECKLINGHAUSEN

Kinder- und familienfreundliche Stadt

Vorwort

Viele Mitmenschen meinen, dass sie durch nahe Familienangehörige rechtlich vertreten werden dürfen, wenn sie dazu als Folge von Krankheiten oder Behinderung plötzlich selbst nicht mehr in der Lage sind. Selbstverständlich gehört es zu den naheliegendsten Annahmen, dass die Familie in Notsituationen zusammenhält und sich gegenseitig unterstützt. Es muss jedoch an dieser Stelle deutlich zum Ausdruck gebracht werden, dass die rechtliche Vertretung, falls man dazu selbst nicht mehr in der Lage ist, nicht automatisch dem Ehe- oder Lebenspartner, den erwachsenen Kindern oder Eltern zufällt. Es ist daher sinnvoll, durch eine eigene bekundete Willenserklärung Vorsorge für den Fall des Notfalls zu treffen. Da eine solche Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung ähnlich dem Testament durchdacht und richtig aufgesetzt sein will, möchte Ihnen die Betreuungsbehörde der Stadt Recklinghausen mit diesem Musterexemplar Hilfestellung geben.

Für weitere Informationen zu diesem wichtigen Thema stehen Ihnen unsere Fachkräfte, siehe unten, in der Betreuungsstelle gerne zur Verfügung.

Beim Erstellen der Patientenverfügung empfehlen wir die Beratung durch den Hausarzt.



Georg Möllers
Beigeordneter



Volker Hülsmann
Fachbereichsleiter

Die Betreuungsstelle finden Sie am Rathausplatz,
45665 Recklinghausen.

Ihre Ansprechpartnerinnen sind:

Frau Lüneburg
Telefon 02361/50-2447

Frau König-Paschke
Telefon 02361/50-2185

Frau Sommer
Telefon 02361/50-2208

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung?

In einer **Vorsorgevollmacht** regeln Sie mit der Person Ihres Vertrauens alle Dinge Ihres Lebens für den Notfall. Die ausgewählte Person wird zum Bevollmächtigten, der dann eigenständig für Sie handelt.

Im Unterschied dazu legt die **Betreuungsverfügung** fest, wer im Notfall zum Betreuer bestellt werden und vom Betreuungsgericht kontrolliert werden soll. Wenn Ihnen diese Kontrolle wichtig ist, kommt eine Betreuungsverfügung für Sie infrage.

Für Ihre Vorsorge müssen Sie sich zwischen Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung entscheiden.

Beglaubigung oder notarielle Beurkundung?

Eine Beglaubigung bestätigt allein Ihre in Gegenwart des Mitarbeiters geleistete persönliche Unterschrift. Sie kann von einem Notar, von der Betreuungsstelle für Erwachsene oder einer anderen berechtigten Stelle vorgenommen werden.

Im Unterschied dazu umfasst die notarielle Beurkundung zusätzlich auch den Inhalt eines Dokumentes sowie die Geschäftsfähigkeit.

Welcher Vordruck ist der Richtige?

Für die Erstellung einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung gibt es keine gesetzlich vorgeschriebene Form. Entsprechend viele Vordrucke und spezielle Varianten sind erhältlich.

Bitte prüfen Sie jeden Vordruck darauf, ob er für sie alles Zutreffende enthält und ergänzen Sie ihn bei Bedarf. Die Vordrucke der Betreuungsstelle für Erwachsene der Stadt Recklinghausen halten sich strikt an die Empfehlungen des Bundesministeriums für Justiz und Verkehr (BMJV).

Weitergehende Informationen zum Thema erhalten Sie unter www.bmjv.de, Stichwort „Betreuungsrecht“.

Kann man alles rückgängig machen?

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung können jederzeit, gegebenenfalls auch schriftlich beim Amtsgericht, widerrufen werden, solange Sie geschäftsfähig sind.

VOLLMACHT

Ich, Name, Vorname	(Vollmachtgeber/in)
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon, Telefax, Email	

erteile hiermit Vollmacht an

1.

	(bevollmächtigte Person)
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	Verwandt-/Bekanntschftsverhältnis
Telefon, Telefax, Email	

2.

	(bevollmächtigte Person)
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	Verwandt-/Bekanntschftsverhältnis
Telefon, Telefax, Email	

3.

	(bevollmächtigte Person)
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	Verwandt-/Bekanntschftsverhältnis
Telefon, Telefax, Email	

4.

	(bevollmächtigte Person)
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	Verwandt-/Bekanntschftsverhältnis
Telefon, Telefax, Email	

Diese Vertrauensperson/en wird/werden 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.

Von der Betreuungsstelle auszufüllen

Die Unterschrift von

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(wohnhaft)

ausgewiesen durch

(Personalausweis, Reisepass, Führerschein)

ist vor der Urkundsperson vollzogen worden. Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

Beglaubigung durch die Betreuungsstelle der Stadt Recklinghausen

(Datum, Unterschrift, Beglaubigungsstempel)

Ich kenne den Inhalt dieser Vollmacht/Betreuungsverfügung und bin bereit, die Bevollmächtigung bzw. im Bedarfsfall das Amt des rechtlichen Betreuers zu übernehmen.

(Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten)

(Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten)

(Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten)

(Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten)

Überprüfung und Bestätigung der Vollmacht/Betreuungsverfügung

Es empfiehlt sich, diese Verfügung alle 2-5 Jahre durch Unterschrift zu bestätigen bzw. bei Änderungswünschen zu korrigieren. Eine erneute Beglaubigung ist nicht erforderlich.

1. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

2. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

3. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

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 meiner Betreuerin/meinem Betreuer soll bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Verwandt-/Bekanntschftsverhältnis

Telefon, Telefax

Zu meiner Ersatzbetreuerin/meinem Ersatzbetreuer soll bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Verwandt-/Bekanntschftsverhältnis

Telefon, Telefax

Falls die vorstehende Person nicht zur Betreuerin/zum Betreuer oder zur Ersatzbetreuerin/zum Ersatzbetreuer bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Verwandt-/Bekanntschftsverhältnis

Telefon, Telefax

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Verwandt-/Bekanntschftsverhältnis

Telefon, Telefax

Es ist mir nicht möglich, eine Vertrauensperson zu benennen. Die/der zukünftige Betreuer/in sollte jedoch meine Wünsche beachten.

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin/den Betreuer (gfls. Berufsbetreuer/in) habe ich folgende Wünsche:

Ich habe bereits eine Patientenverfügung.

Ort, Datum

Unterschrift

Von der Betreuungsstelle auszufüllen

Die Unterschrift von

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(wohnhaft)

ausgewiesen durch

(Personalausweis, Reisepass, Führerschein)

ist vor der Urkundsperson vollzogen worden. Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

Beglaubigung durch die Betreuungsstelle der Stadt Recklinghausen

(Datum, Unterschrift, Beglaubigungsstempel)

Ich kenne den Inhalt dieser Betreuungsverfügung und bin bereit, im Bedarfsfall das Amt des rechtlichen Betreuers zu übernehmen.

(Datum und Unterschrift)

(Datum und Unterschrift)

(Datum und Unterschrift)

(Datum und Unterschrift)

Überprüfung und Bestätigung der Betreuungsverfügung

Es empfiehlt sich, diese Verfügung alle 2-5 Jahre durch Unterschrift zu bestätigen bzw. bei Änderungswünschen zu korrigieren. Eine erneute Beglaubigung ist nicht erforderlich.

1. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

2. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

3. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
liebe Mitbürgerin und lieber Mitbürger,

bisher galt eine Patientenverfügung erst im Fall des unmittelbaren Sterbeprozesses. Nunmehr stellt der Gesetzgeber klar, dass es für die Beachtung und Durchsetzung des Patientenwillens nicht auf Art und Stadium der Erkrankung ankommt. Die behandelnden Ärzte sind an ihre Patientenverfügung gebunden.

Für das Erstellen einer Patientenverfügung ist ihre Einwilligungsfähigkeit erforderlich und setzt somit ihren freien Willen voraus. Ihre Patientenverfügung ist die Wahrnehmung ihres Rechts auf Selbstbestimmung.

Allgemein wird empfohlen:

- eine Beratung durch den Hausarzt in Anspruch zu nehmen und die Patientenverfügung von diesem bestätigen zu lassen
- Ihre Vertrauensperson sowie ihre Ärzte sollten Kenntnis von ihrer Patientenverfügung haben und auch wissen, wo Sie diese aufbewahren
- eine Patientenverfügung sollte immer mit einer Vorsorgevollmacht gekoppelt sein
- Ihre Patientenverfügung sollten Sie alle 2 bis 5 Jahre durch Unterschrift und Datum bestätigen, gegebenenfalls auch Änderungen vornehmen
- Bedenken Sie, dass sich Ihre Vorstellungen davon, was ein lebenswertes Leben ist, im Laufe Ihres Alterungsprozesses ändern kann und eine nicht aktualisierte Patientenverfügung Zweifel bei einem Arzt und Dritten weckt
- Nutzen Sie das Beiblatt, um Ihre individuellen Wünsche zu formulieren

Das Erstellen einer Patientenverfügung ist freiwillig. Ihre Patientenverfügung kann, wie alle Vollmachten und Verfügungen, jederzeit widerrufen werden.

Die Betreuungsstelle der Stadt Recklinghausen

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich

(Name, Vorname, geboren am)

(wohnhaft in)

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann...

1. 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.
- ich 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 das ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- 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 zunehmen.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituationen:

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

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.

2.2 Schmerz- und Symptombehandlung

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

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

ODER

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

2.3 Künstliche Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

ODER

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

2.4 Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

ODER

- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

ODER

- die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

2.5 Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

ODER

- die Unterlassung von Versuchen zur 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, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

ODER

- lehne ich die Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

2.6 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.

2.7 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.

3. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

ODER

- wenn irgend 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.

4. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille 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 Situationen, 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 Personen besondere Bedeutung zukommen:
(Alternativen)
- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- andere 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 Personen besondere Bedeutung zukommen:
(Alternativen)
- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- andere Person: _____

5. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

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

Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

- 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: _____

6. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

7. Schlussformel

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

8. 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.

9. Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch:

und beraten lassen durch

10. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____

bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

11. Aktualisierung

- 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 _____

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle zwei bis fünf Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber nicht verpflichtend.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name	Anschrift	Telefon

Zum Herausschneiden

Hinweis auf bestehende Verfügungen

VORSORGEHINWEIS			
Mein Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße			
PLZ		Ort	
Mein Telefon		Unterschrift	
Von den Ärzten wünsche ich Rücksprache mit den nebenstehenden Personen meines Vertrauens. Diese kennen die Vorgaben und den Aufbewahrungsort meiner:		<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung	

Meine Vertrauenspersonen:			
Name, Vorname			
Straße		Telefon	
PLZ		Ort	
Name, Vorname			
Straße		Telefon	
PLZ		Ort	