

## Inhaltsverzeichnis

Vorsorgevollmacht.....	2
Betreuungsverfügung.....	7
Patientenverfügung.....	9
Patientenverfügung Abschnitt A.....	10
Patientenverfügung Abschnitt B.....	11
Patientenverfügung Abschnitt C.....	13
Patientenverfügung Abschnitt D.....	14
Bestattungsverfügung.....	17
1. Bestattungsart.....	17
2. Bestattungsfeier.....	19
3. Grabmal/Grabstättengestaltung.....	20
4. Finanzielle Absicherung.....	20
5. Durchführung der Bestattung.....	21
6. Weitere Dokumente.....	22

## Vorsorgevollmacht

### Angaben zum Vollmachtgeber/ zur Vollmachtgeberin

Name

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon/Telefax

### Hiermit erteile ich Vollmacht an

### Angaben zum Bevollmächtigten/zur Bevollmächtigten

Name, Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon/Telefax

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.

Kann/ will der Bevollmächtigte die Bevollmächtigte die Vollmacht nicht mehr wahrnehmen, so gelten die Betreuer in meiner Betreuungsverfügung

**1. Gesundheitsvorsorge/Pflegebedürftigkeit**

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer <b>Patientenverfügung</b> festgelegten Willen durchzusetzen und respektieren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 Festlegung gilt auch über meinen Tod hinaus.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**2 . Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

**3. Behörden**

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Verbindlichkeiten eingehen,	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. (Bitte beachten Sie hierzu auch die Hinweise zur Bank-Vollmacht.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

--

### 5. Post und Fernmeldewesen

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 6. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

### 7. Untervollmachten

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

**9. Weitere Regelungen**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der  
Vollmachtgebers/Vollmachtgeberin

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der  
Bevollmächtigten/Bevollmächtigten

## Betreuungsverfügung

Für den Fall, dass ich infolge von Behinderung, Krankheit oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, lege ich:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

fest, dass im Folgenden genannte Person/ en in der Reihenfolge meine Betreuung übernimmt, wenn die in der Vorsorgevollmacht eingetragene Person ausfällt:

**Rang 1**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

**Rang 2**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass die vorher genannten Betreuer ausfallen, möchte ich sicherstellen, dass folgende Person **nicht** meine Betreuung übernimmt.

Name  
 Vorname  
 Geburtsdatum  
 Anschrift  
 Telefon  
 Telefax

Bei der Ausübung seiner Vollmacht hat/haben die unter *Rang 1, Rang 2* genannter/n Betreuer meine Wünsche, Behandlungsanweisungen und Wertvorstellungen, welche in meiner **Patientenverfügung** dokumentiert sind, zu respektieren und sich an diesen zu orientieren.

Weiterhin lege ich fest



das mein Arzt von der Schweigepflicht gegenüber meinem Betreuer entbunden wird. Auch über meinen Tod hinaus.

dass mein Betreuer meine Krankenunterlagen an dritte weitergeben darf

---

Datum und Unterschrift :

Ich/ Wir bestätige(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift, dass :

---

die Betreuungsverfügung im Vollbesitz geistigen Kräfte verfasst hat.

Unterschrift(en) des/ der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzlich Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes

Hausarzt

\_\_\_\_\_  
 Ort Datum  
 zu Rang1

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift und Stempel

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum  
 zu Rang2

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift



# Patientenverfügung

## Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A.....	2
Abschnitt B.....	3
Abschnitt C.....	5
Abschnitt D.....	6

**Patientenverfügung Abschnitt A**

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon

Telefax

**Hiermit bestimme ich, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes:**

Situationen, in denen diese Patientenverfügung in Kraft tritt

Ich befinde mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess:

 Ja Nein

Ich befinde mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, der Todeszeitpunkt ist noch nicht absehbar:

 Ja Nein

Ich verliere in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Nach Einschätzung meines Arztes (kann namentlich benannt werden) ist sie aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen. Der Todeszeitpunkt ist jedoch noch nicht absehbar. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung (durch Schlaganfall, Entzündung oder Unfall) ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung (nach Lungenversagen, Schock oder Wiederbelebung). 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:

 Ja Nein

Ich bin infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen:

 Ja Nein

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

---

## Patientenverfügung Abschnitt B

Ich wünsche in den in Abschnitt A genannten Situationen:

Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen

- **Behandlungsmaßnahmen**

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!

dass ALLE lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden!

- **Fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung**

IMMER eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung!

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle und -therapie versagen, wünsche ich bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung! Die seltene Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich dabei in Kauf.

- **Wiederbelebung**

in JEDEM Fall Versuche der Wiederbelebung!

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung!

- **Künstliche Ernährung**

dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird!

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

# B

- **Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

- dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgt!
- keine Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung) nach ärztlichem Ermessen!

- **Künstliche Beatmung**

- dass eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängern kann, erfolgt!

- 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.

- **Antibiotika**

- Antibiotika, falls dieses mein Leben verlängern kann!
- Antibiotika, nur zur Linderung meiner Beschwerden!

- **Dialyse**

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängern kann!
- dass KEINE Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird!



**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine strafbare Tötung auf Verlangen.**

## Patientenverfügung Abschnitt C

Bei der Umsetzung meiner Verfügung bitte ich Folgendes zu beachten:

- **Wünsche zu Ort und Begleitung**

Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden!

Ich möchte, wenn möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben!

Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben!

Anderes:

---

Ich möchte Beistand, wenn möglich, durch folgende Personen:

Verwandtschaftsgrad	Name, Vorname	Anschrift	Telefon
<input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ich möchte Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

Ich möchte hospizlichen Beistand.

Ich möchte, dass mein Arzt verständigt wird:

---

## Patientenverfügung Abschnitt D

- **Hinweis 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:

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Fällt die in der Vorsorgevollmacht benannte Person aus, habe ich eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit denen von mir gewünschten Betreuern besprochen.

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

- **Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung**

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

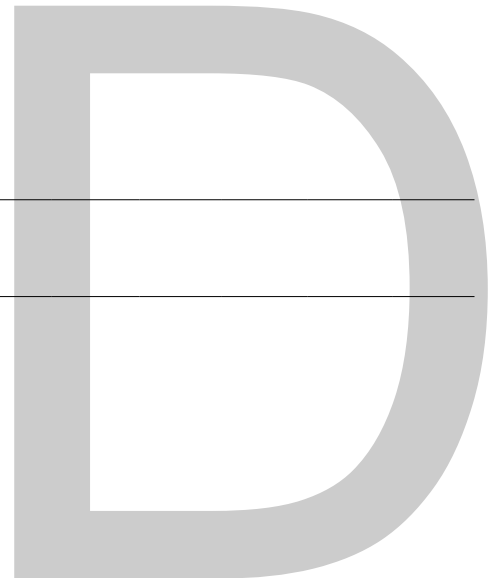
Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen

- **Organspende**

Ich bin mit einer Organentnahme zum Zwecke der Transplantation einverstanden.

Ich bin mit einer Organentnahme nicht einverstanden.

Ich bin mit einer Organentnahme einverstanden mit Ausnahme folgender Organe:



- **Obduktion/ Befundklärung**

Ich bin mit einer Obduktion zur Befundklärung einverstanden.

Ich bin mit einer Obduktion nicht einverstanden.

**Ich habe mich vor und während der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und/ oder beraten lassen durch:**

\_\_\_\_\_

**Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe. Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang.**

Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich/ Wir bestätige(n) mit meiner/unserer Unterschrift, dass :

\_\_\_\_\_ ,  
das Patiententestament im Vollbesitz \_\_\_\_\_ geistigen Kräfte verfasst hat.

Unterschrift(en) des/ der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzlich Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ärztliche Aufklärung/ Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit**

Frau / Herr

\_\_\_\_\_

War am: \_\_\_\_\_ in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum/ Unterschrift, Stempel des Arztes

Diese ärztliche Attestierung ist kostenpflichtig. In der Regel werden hierfür 10 € Gebühr erhoben.

Die Geschäftsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden.

# Bestattungsverfügung

Ich,

<b>Angaben zum Vollmachtgeber/ zur Vollmachtgeberin</b>	
----- Name	----- Geburtsname
Vorname	
----- Geburtsdatum	----- Geburtsort
----- Anschrift	
----- Telefon/Telefax	

bestimme hiermit für den Fall meines Ablebens, nachfolgende Vorgehensweise bezüglich der Bestattung meiner sterblichen Überreste:

## Benachrichtigung

Ich möchte, dass folgende Personen von meinem Tod unterrichtet werden:

Name:	_____
Anschrift:	_____
Telefon:	_____
Name:	_____
Anschrift:	_____
Telefon:	_____



**1. Bestattungsart**

ich wünsche eine Erdbestattung

ich wünsche eine Feuerbestattung

ich wünsche eine Seebestattung  
(Bitte erstellen Sie auch eine gesonderte Seebestattungsverfügung)

ich wünsche eine Baumbestattung in folgender Einrichtung:

---

ich wünsche eine Flugbestattung  
(Bitte erstellen Sie auch eine gesonderte Flugbestattungsverfügung)

über den Vogesen in Frankreich

an folgendem Ort:  
(Hinweis: über deutschem Gebiet ist eine Luftbestattung nicht möglich)

---

ich wünsche eine Diamantbestattung

Stck. Diamanten mit je

Schlifart:

Microbeschriftung mit folgendem Text

---

die nicht benötigte Asche soll herkömmlich beigesetzt werden

die nicht benötigte Asche soll im Transformationsprozess solange verbleiben bis sie komplett als Gas in die Luft entwichen ist

ich wünsche eine Naturbestattung

---

ich verfüge bereits über eine Grabstätte und zwar bei folgender Einrichtung:

---

Sollte diese Grabstätte nicht mehr für mich erreichbar sein, dann möchte ich

auf jeden Fall eine vergleichbare Grabstätte erhalten.

eine andere Grabstätte haben und zwar:

---

Hinweis →

Hinweis →



Bitte denken Sie bei der Festlegung Ihrer Bestattungswünsche daran, Ihre Angehörigen in die Entscheidung mit einzubeziehen. Sie sind diejenigen, die ihre Trauer bewältigen müssen und wünschen sich vielleicht eine Grabstätte an der Sie besucht werden können - oder auch nicht.

## 2. Bestattungsfeier

ich wünsche

### Teilnehmer der Bestattungsfeier

Ich wünsche

### Bestandteile der Bestattungsfeier

- Die Feier soll keine Aufbahrung meines Leichnams beinhalten
- Die Feier soll eine Aufbahrung beinhalten für
  - enge Familienangehörige
  - Freunde und Verwandte
  - alle Teilnehmer
- Nach der Bestattungsfeier soll ein Trauermahl stattfinden

### Trauerfeierrede

- es soll eine Trauerfeierrede abgehalten werden

Redner:

---

### Kirchlicher Beistand

Ich wünsche

### Musik

anlässlich meiner Bestattungsfeier wünsche ich mir:

---

- Ich wünsche mir einen Trauerfeiersänger / Chor

---

### Blumenschmuck

anlässlich meiner Bestattungsfeier wünsche ich mir:

---

**Zeitungsanzeigen**

anlässlich meiner Bestattungsfeier wünsche ich mir:

---

**Trauerkarten**

anlässlich meiner Bestattungsfeier wünsche ich mir:

---

**3. Grabmal/Grabstättengestaltung**

ich wünsche:

---

**Inschrift**

Die Inschrift auf dem Grabmal soll lauten:

---

**4. Finanzielle Absicherung**

Die von mir gewünschte Bestattung ist finanziell abgesichert durch:

einen Vorsorgevertrag bei:

Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

eine Vorsorgeversicherung bei:

Versicherer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

ein Sparkonto bei:

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

**5. Durchführung der Bestattung**

Meine Bestattung soll durchführen:

Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Vorgehensweise in fraglichen Situationen:

Sollten Fragen hinsichtlich meiner Bestattung auftauchen, die nicht durch die Verfügung geklärt sind, dann

ich ermächtige hiermit die zuvor genannte Person, dazu notwendige Entscheidungen selbstständig zu treffen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift ,

**6. Weitere Dokumente**

ich habe ein Testament erstellt - es ist an folgendem Ort hinterlegt:

---

ich habe eine Kremationsverfügung erstellt

ich habe eine Seebestattungsverfügung erstellt

ich habe eine Flugbestattungsverfügung erstellt

ich habe eine Luftbestattungsverfügung erstellt

Die Verfügungen sind zu finden:

---

Mein Familienstammbuch, mein Ausweis und meine Krankenkarte sind zu finden:

---

Ich habe eine Liste der Trauergäste erstellt, sie ist zu finden:

---

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben aus freiem Willen und ohne äußeren Druck gemacht habe und ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Von allen Beteiligten erwarte ich, dass dieser Verfügung in jedem Falle Folge geleistet wird. Sollte eine Bestimmung nicht möglich, oder eine Situation nicht hinreichend beschrieben sein, so soll mein aus meinen Dokumenten hervorgehender, mutmaßlicher Wille umgesetzt werden.

---

Ort, Datum Unterschrift Verfügender (,)

Ort, Datum Unterschrift Zeuge

**Ärztliche Aufklärung/ Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit**

Frau/Herr

War am \_\_\_\_\_ in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Die Geschäftsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden.

---

Datum/ Unterschrift, Stempel des Arztes