



# PIETÄT-DÖTENBIER

Erstes Kasseler Bestattungshaus, gegründet 1868

## Vorsorge-Vollmacht

Die Vorsorge-Vollmacht betrifft ausschließlich den Gesundheitsbereich. Weitere Regelungen für private, geschäftliche und finanzielle Angelegenheiten bei Alter, Krankheit und Tod werden hierdurch nicht getroffen.

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bevollmächtige ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung treffen und sie mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin absprechen. Sie soll daher vor allem meine Wünsche und Vorstellungen, die ich in der Patientenverfügung niedergelegt habe, berücksichtigen.

Sie darf die Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte oder Ärztinnen und das nichtärztliche Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Sie darf auch in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in ärztliche Eingriffe und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder deren Abbruch bestimmen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 BGB).

Die bevollmächtigte Person darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. das Anbringen von Bauchgurten und Bettgittern oder die Gabe von Medikamenten u. Ä) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung entscheiden, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist (§ 1906 BGB).

### Ersatz-Bevollmächtigung

Sollte die oben genannte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, bevollmächtige ich an deren Stelle:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Pietät Dötenbier  
Bestattungshaus

Zweigniederlassung  
der Kracheletz GmbH

Wilhelmsstraße 31  
34117 Kassel

Telefon (0561) 1 22 85  
Telefax (0561) 77 99 40

e-Mail: [info@doetenbier.de](mailto:info@doetenbier.de)  
Internet: [www.doetenbier.de](http://www.doetenbier.de)



# PIETÄT-DÖTENBIER

Erstes Kasseler Bestattungshaus, gegründet 1868

## Unterschriften

### 1. Unterschrift der verfügenden Person

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die drei Verfügungen (Patientenverfügung, Vorsorge-Vollmacht, Betreuungsverfügung) nur insoweit, wie Sie diese ausgefüllt haben.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Bestätigung

Diese Erklärung wird von mir in vollem Umfang erneut bestätigt (etwa alle ein bis zwei Jahre):

Ort	Datum	Unterschrift

Pietät Dötenbier  
Bestattungshaus  
Zweigniederlassung  
der Kracheletz GmbH

Wilhelmsstraße 31  
34117 Kassel

Telefon (0561) 1 22 85  
Telefax (0561) 77 99 40

e-Mail: [info@doetenbier.de](mailto:info@doetenbier.de)  
Internet: [www.doetenbier.de](http://www.doetenbier.de)



# PIETÄT-DÖTENBIER

Erstes Kasseler Bestattungshaus, gegründet 1868

## Unterschriften

### 2. Unterschrift des Arztes/ der Ärztin meines Vertrauens

Falls Sie in der Patientenverfügung im Feld "Raum für ergänzende Verfügungen" Ergänzungen angebracht haben, empfehlen wir Ihnen, an dieser Stelle den Arzt oder die Ärztin Ihres Vertrauens unterschreiben zu lassen. Dies ist aus juristischen Gründen nicht notwendig, könnte aber die Akzeptanz im Ernstfall erhöhen.

Ich habe die vorliegende Patientenverfügung - ihren Inhalt und ihre Konsequenzen - mit der verfügbaren Person besprochen.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Pietät Dötenbier  
Bestattungshaus

Zweigniederlassung  
der Kracheletz GmbH

Wilhelmsstraße 31  
34117 Kassel

Telefon (0561) 1 22 85  
Telefax (0561) 77 99 40

e-Mail: [info@doetenbier.de](mailto:info@doetenbier.de)  
Internet: [www.doetenbier.de](http://www.doetenbier.de)



# PIETÄT-DÖTENBIER

Erstes Kasseler Bestattungshaus, gegründet 1868

## Unterschriften

### 3. Unterschrift der bevollmächtigten, ersatzbevollmächtigten bzw. betreuenden Personen

Ich kenne den Inhalt dieser Verfügung und bin bereit, die **Bevollmächtigung** anzunehmen.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich kenne den Inhalt dieser Verfügung und bin bereit, die **Ersatzbevollmächtigung** anzunehmen.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich kenne den Inhalt dieser Verfügung und bin bereit, die **Betreuung** zu übernehmen.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Pietät Dötenbier  
Bestattungshaus  
Zweigniederlassung  
der Kracheletz GmbH

Wilhelmsstraße 31  
34117 Kassel

Telefon (0561) 1 22 85  
Telefax (0561) 77 99 40

e-Mail: [info@doetenbier.de](mailto:info@doetenbier.de)  
Internet: [www.doetenbier.de](http://www.doetenbier.de)