



**AUSFÜLLHINWEISE ZUM Komfort-PAKET**

Die nachfolgenden Seiten sollen als Orientierung und Hilfestellung dienen, wie der Auftrag des Komfort-Pakets von Ihnen ausgefüllt werden kann.

Alle aufgeführten Personen, Adressen, Telefonnummern, Personalausweisnummern, Krankenversicherungsnummern, usw. sind frei erfunden und dienen lediglich als Musterbeispiel.



# KOMFORT-FAMILIENPAKET

Das Komfort-Familienpaket besteht aus 2 separaten Verträgen. Zum einen aus dem Geschäftsbesorgungsvertrag mit der DV Deutsche Vorsorgedatenbank AG und zum anderen aus dem Mandatsverhältnis inklusive Erstellungsleistung durch die empfohlene Rechtsanwaltskanzlei. Jedes Vertragsverhältnis ist rechtlich voneinander getrennt und kann einzeln abgeschlossen werden.

Übersicht Zusammensetzung Komfort-Familienpaket	
DV Deutsche Vorsorgedatenbank AG (1. Vertragsverhältnis)	Empfohlene RA Kanzlei (2. Vertragsverhältnis)
<p><b>Leistung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Digitalisierung, Hinterlegung von Vollmachtsoriginalen</li><li>- Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer („ZVR“)</li><li>- 24-Stunden-Notfall-Hotline, Abruf der Vollmachtsoriginalen</li><li>- Notfallkarte</li><li>- Updateservice</li></ul> <p><b>einmalige Kosten dieser Leistung: 149,00 €</b> <b>jährliche Kosten dieser Leistung: 78,00 € ab 2. Jahr</b></p> <p><b>Zusatzleistungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bereitstellung Notfall-Plan in digitaler Form Kosten: 10,00 €*</li><li>- Bereitstellung Notfall-Ordner Kosten: 29,00 €*</li><li>- Erstellung zusätzlicher anwaltlich beglaubigter Kopien für die Bevollmächtigten Kosten: 5,00 €* (pro Kopie)</li></ul>	<p><b>Erstellungsleistung im Komfort Familienpaket:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Erstellung von Vorsorgedokumenten (hier: Patientenverfügung für 2 Personen) zum Festpreis</li></ul> <p><b>Kosten für die Erstellungsleistung: 110,00 €*</b> (Zusammen mit Leistung der Deutsche Vorsorgedatenbank AG)</p> <p><b>Bei Einzelbeauftragung:</b> Kosten für die Erstellungsleistung: 140,00 €* (Die Mehrkosten ergeben sich u.a. aus der Registrierung im ZVR und den Schreibauflagen.)</p> <p><b>Zusatzleistungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Erstellung zusätzlicher Originaldokumente ab dem 3. Bevollmächtigten Kosten: 20,00 €* (pro Person)</li></ul>

\* alle Preise inklusive gesetzlicher MwSt.



zwischen

**DV Deutsche Vorsorgedatenbank AG**

Zwickauer Straße 25, 08393 Meerane

- nachfolgend „Auftragnehmer“ -

und

Person 1 / Auftraggeber: Name, Vorname

Muster, Peter

Person 2: Name, Vorname

Muster, Simone

Anschrift

Bergstraße 3, 01234 Bergdorf

- nachfolgend „Auftraggeber“ -  
- gemeinsam die „Vertragsparteien“ -

wird folgendes vereinbart:

**1. Leistung**

Die folgende Leistung kann im Bestellformular (Anlage 1) gebucht werden.

**1.1. Digitalisierung, Hinterlegung**

Sofern die Erstellung der Vorsorgedokumente vom Auftraggeber beauftragt wurde, erhält der Auftragnehmer die von einem Rechtsanwalt erstellten und vom Auftraggeber unterzeichneten Vorsorgedokumente („Vollmachtsoriginale“) und digitalisiert diese. Die digitale Kopie der Vorsorgedokumente hinterlegt der Auftragnehmer in seiner Datenbank.

Die Vollmachtsoriginale lagert der Auftragnehmer bei einem sorgfältig ausgewählten, höchsten Sicherheitsanforderungen genügendem Dienstleister ein.

**1.2. Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer („ZVR“)**

Die Anzeige zur Registrierung im ZVR soll der Auftragnehmer als institutioneller Nutzer des ZVR vornehmen, die Kosten verauslagen und beim Vollmachtgeber erheben. Die Kosten sind im jeweiligen Paketpreis des Auftragnehmers enthalten und werden nicht zusätzlich berechnet.

**1.3 24-Stunden-Notfall-Hotline, Abruf der Vollmachtsoriginale**

Der Auftragnehmer unterhält unter der Rufnummer 0800-7030100 eine 24 Stunden, 365 Tage im Jahr bereitstehende Notfall-Hotline.

Unter dieser Rufnummer kann der durch den Auftraggeber Bevollmächtigte (vgl. Ziffer 2.2, 2. Absatz) die Herausgabe der Vollmachtsoriginale an sich selbst verlangen. Die Herausgabe der Vollmachtsoriginale an den Bevollmächtigten unterliegt den im Bestellformular (Anlage 1) festgelegten Bedingungen des Auftraggebers. Bei einer Anforderung durch den Bevollmächtigten informiert der Auftragnehmer den Auftraggeber sowie die weiteren Bevollmächtigten hierüber unverzüglich.

Der Auftragnehmer gewährleistet die Herausgabe des Vollmachtoriginals bis zum Ablauf des auf die Anforderung folgenden Werktags, sofern der Empfänger sich für den Empfang bereithält und sofern das schriftliche Herausgabeverlangen vor 15 Uhr beim Auftragnehmer eintrifft.

**1.4. Notfallkarte**

Der Auftragnehmer erstellt eine Notfallkarte mit allen wichtigen Daten zu den Vorsorgedokumenten sowie der persönlichen Registrierungsnummer im ZVR.

**1.5. Updateservice**

Der Auftragnehmer kontaktiert den Auftraggeber in regelmäßigen Abständen (mindestens einmal jährlich) und erkundigt sich nach der Aktualität der Vorsorgedokumente bzw. teilt etwaigen Änderungsbedarf aufgrund geänderter Rechtsvorgaben dem Auftraggeber mit.

Notwendige Umsetzungen werden nach gesonderter Beauftragung kostenfrei vorgenommen.

**2. Pflichten des Auftraggebers**

**2.1. Allgemeine Unterstützungspflicht**

Der Auftraggeber ist verpflichtet, den Auftragnehmer bei der Durchführung des Geschäftsbesorgungsvertrages nach Kräften zu unterstützen und sämtliche Voraussetzungen in seinem Bereich zu schaffen, die zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung erforderlich sind.



## 2.2. Vollständigkeit und Aktualität von mitgeteilten Informationen

Der Auftraggeber teilt dem Auftragnehmer alle für die Hinterlegung der Vollmachtsurkunden notwendigen Informationen wahrheitsgemäß mit. Der Auftraggeber wird den Auftragnehmer unverzüglich darüber informieren, wenn sich Namen, Anschrift, Kommunikationsdaten, Krankenversicherung oder Personalausweisnummer ändern. Gleiches gilt für die Änderung von Namen, Anschrift und Kommunikationsdaten der bevollmächtigten Personen des Auftraggebers.

Der Auftraggeber informiert eigenständig die jeweiligen Bevollmächtigten über deren Eintragung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer. Die entsprechenden Registrierungsdokumente erhält der Auftraggeber vom Auftragnehmer. Dieses Register dient der Information der mit dem Betreuungsverfahren befassten Stellen. Die Information darüber, dass und wem eine Vollmacht erteilt ist, wer als Betreuer zu bestellen ist und dass eine Patientenverfügung errichtet wurde, wird damit im Betreuungsverfahren berücksichtigt. Die Angabe der Daten der Bevollmächtigten, die aber keine Mitteilung oder Kundgabe im Sinne des § 167 BGB bedeutet, der Vollmacht und auch die der benannten Berechtigten soll der Auftragnehmer bewirken.

## 2.3. Unterzeichnung der Vorsorgedokumente und Übermittlung an den Auftragnehmer

Der Auftraggeber übermittelt die unterzeichneten Vorsorgedokumente (Vollmachtsurkunden, vgl. Ziffer 1.1.) innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt an den Auftragnehmer. Dadurch kann der Auftragnehmer alle vereinbarten Leistungen erbringen (Registrierung, Einlagerung, Digitalisierung...).

## 3. Vergütung

### 3.1. Leistung und Zusatzleistung

Durch den Auftragnehmer erbrachte Leistungen und Zusatzleistungen sind gemäß der im Bestellformular getätigten Angaben zu vergüten. Der Auftragnehmer stellt die Vergütung für jährliche Leistungen jeweils zu Beginn eines Vertragsjahres in Rechnung.

### 3.2. Fälligkeit, Verzug, Vorleistungspflicht

Sämtliche Vergütung ist mit Rechnungsstellung (Datum der Rechnung) ohne Abzüge fällig und zahlbar, Verzug tritt nach Ablauf von zwei Wochen ab Rechnungsdatum ein (es sei denn, dieser ist vom Auftraggeber nicht zu vertreten), ohne dass es einer gesonderten Mahnung bedarf.

Kommt der Auftraggeber in Verzug, berechnet der Auftragnehmer je Mahnung EUR 5,00 als Verzugsschaden. Die Geltendmachung darüber hinausgehender, weiterer Schäden bleibt vorbehalten. Kommt es zu einer Rücklastschrift, die der Auftraggeber zu verantworten hat, werden hierfür entstehende Kosten dem Auftraggeber in Rechnung gestellt.

## 4. Vertragslaufzeit, Kündigung

### 4.1. Allgemeine Regelung

Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit und kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Vertragsjahresende gekündigt werden. Das erste Vertragsjahr beginnt mit dem Fälligkeitsdatum der ersten Vergütung.

### 4.2. Außerordentliche Kündigung

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

## 5. Folgen der Kündigung des Vertrags einschließlich Serviceleistungen

Vorausgesetzt, der Auftraggeber hat die Serviceleistung Digitalisierung/Hinterlegung/Updateservice beauftragt, gibt der Auftragnehmer an den Auftraggeber die Vollmachtsurkunden nach Wahl des Auftraggebers entweder unmittelbar nach Zugang der Kündigungserklärung, ansonsten nach Ablauf des Vertragsjahres heraus bzw. weist den Dienstleister hierzu an. Empfänger der Vollmachtsurkunden ist der Auftraggeber selbst, oder – nach entsprechender Mitteilung durch diesen oder Legitimation durch den Bevollmächtigten (vgl. Ziffer 1.3.) – der Bevollmächtigte.

Der Auftragnehmer hält die digitale Kopie der Vollmachtsurkunden sowie alle weiteren, vertragsbezogenen Dateien solange in seiner Datenbank vor, wie es gesetzliche Aufbewahrungsvorschriften von ihm verlangen oder er diese sonst legitimerweise vorhalten darf.

## 6. Haftung

### 6.1. Unbeschränkte Haftung

Der Auftragnehmer haftet für Schäden, die aufgrund grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Verhaltens oder durch eine schuldhafte Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit entstehen, oder für die er nach dem Produkthaftungsgesetz haftet.

### 6.2. Haftungsbeschränkung

#### 6.2.1 Leichte Fahrlässigkeit

In Fällen der leicht fahrlässigen Pflichtverletzung haftet der Auftragnehmer nur bei Verletzung wesentlicher Vertragspflichten, allerdings beschränkt auf vorhersehbare, vertragstypische Schäden, sowie in der Höhe beschränkt auf das 5-fache der nach diesem Vertrag insgesamt geschuldeten Vergütung innerhalb eines Vertragsjahres. Wesentliche Vertragspflichten sind solche Pflichten, deren Erfüllung die ordnungsgemäße Ausführung des Vertrages erst ermöglichen und auf deren Erfüllung der Auftraggeber regelmäßig vertrauen darf.

#### 6.2.2 Datenverlust

Die Haftung des Auftragnehmers für Datenverlust ist auf die typischen, für die Wiederherstellung erforderlichen üblichen Aufwendungen beschränkt, Ziffer 6.2.1 bleibt unberührt.



## **7. Geheimhaltung, Datenschutz**

### **7.1. Stillschweigen**

Der Auftragnehmer ist verpflichtet, über alle Tatsachen, die ihm im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit für den Auftraggeber bekannt werden, Stillschweigen zu wahren, diese vertraulich zu behandeln und nicht außerhalb des Vertrages für sich selbst zu verwerten oder an Dritte weiterzugeben. Die Pflicht zur Vertraulichkeit besteht auch über die Beendigung des Auftrages hinaus.

Der Auftragnehmer gibt die Geheimhaltungsverpflichtung in gleichem Umfang an den ausführenden Rechtsanwalt und den für die Hinterlegung beauftragten Dienstleister (vgl. Ziffer 1.1.) weiter.

### **7.2. Auftragsdatenverarbeitung – Verarbeitung personenbezogener Daten**

Der Auftragnehmer ist befugt, ihm im Rahmen der Durchführung der Geschäftsbesorgung durch den Auftraggeber bekanntgegebene personenbezogene Daten verarbeiten zu lassen, ggf. auch datenverarbeitungsgestützt.

Für die Erbringung der Erstellungsleistung durch den ausführenden Rechtsanwalt gibt der Auftragnehmer die im Bestellformular (Anlage 1) und in der Wunschliste mitgeteilten Informationen, mithin personenbezogene Daten des Auftraggebers, an den ausführenden Rechtsanwalt weiter. Dies geschieht im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung, über die der Auftragnehmer und der ausführende Rechtsanwalt eine entsprechende Vereinbarung mit den nach § 11 BDSG erforderlichen Inhalten abgeschlossen haben.

## **8. Schlussbestimmungen**

### **8.1. Salvatorische Klausel**

Sollte dieser Vertrag unwirksame, undurchführbare, anfechtbare oder nichtige Bestimmungen enthalten, bleibt seine Wirksamkeit im Übrigen davon unberührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen, undurchführbaren, anfechtbaren oder nichtigen Bestimmungen eine solche wirksame Vereinbarung zu treffen, die dem mit der ursprünglichen Regelung verfolgten wirtschaftlichen Zweck am Nächsten kommt.

### **8.2. Überschriften**

Die beschreibenden Überschriften in diesem Vertrag wurden der leichteren Lesbarkeit wegen eingefügt und die Auslegung dieses Vertrages wird durch sie nicht eingeschränkt oder auf sonstige Weise berührt.

### **8.3. Schriftform**

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dieses Formerfordernis kann nur durch eine schriftliche Vereinbarung aufgehoben werden.

### **8.4. Aufrechnung**

Der Auftraggeber darf nur mit solchen Ansprüchen die Aufrechnung erklären, die unbestritten bestehen oder rechtskräftig festgestellt sind.

### **8.5. Zurückhaltungsrecht**

Bis zur vollständigen Begleichung seiner Forderungen hat der Auftragnehmer an dem ihm überlassenen und bei einem Dienstleister eingelagerten Vollmachtsoriginal ein Zurückhaltungsrecht.

### **8.6. Gerichtsstand**

Gerichtsstand ist Hohenstein-Ernstthal.

### **8.7. Widerrufsrecht**

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

Deutsche Vorsorgedatenbank AG  
Zwickauer Straße 25  
08393 Meerane  
Telefon: 03764 5394910  
Fax: 03764 5398949  
Mail: [info@deutschevorsorgedatenbank.de](mailto:info@deutschevorsorgedatenbank.de)

mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. per Post, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.



### 8.7.1 Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, hat Ihnen der Auftragnehmer alle Zahlungen, die er von Ihnen erhalten hat, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrages beim Auftragnehmer eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwendet der Auftragnehmer dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart. In keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

### 8.7.2 Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, können Sie ein Widerrufsformular bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG anfordern. Sie können aber auch ein eigenes formloses Widerrufsformular erstellen. Dieses sollte die folgenden Punkte beinhalten:

- Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Geschäftsbesorgungsvertrag.
- Bestellt am (Datum) / erhalten am (Datum)
- Name
- Vorname
- Anschrift
- Datum und Unterschrift

### 8.7.2 Einwilligungserklärung zum Widerrufsrecht



Ich habe mein Widerrufsrecht gelesen und akzeptiere dieses.

### 8.7.3 Verzicht auf das Widerrufsrecht



**Mir ist bekannt, dass mit der Zusendung des Vertrages eben dieser ausgeführt wird. Ich stimme ausdrücklich zu, dass der Auftragnehmer vor Ablauf der Widerrufsfrist mit der Ausführung des Vertrages beginnt. Mir ist bekannt, dass ich durch diese Zustimmung mit Beginn der Ausführung des Vertrages mein Widerrufsrecht verliere.**

Bergdorf, 01.08.2017

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Person 1 (Auftraggeber)

Bergdorf, 01.08.2017

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Person 2

#### Anlagen:

Anlage 1: Bestellformular

## Anlage 1: Bestellformular

## Auftrag Komfort-Familienpaket

- Buchung Leistung der Deutsche Vorsorgedatenbank AG im Komfort-Familienpaket (2 Personen) für einmalig 149,00 €**  
Bestehend aus Digitalisierung, Hinterlegung, Updateservice und ständige Verfügbarkeit der Vollmachten und Verfügungen sowie die Notfallkarte und Notfall-Hotline. Zusätzlich ist im Paketpreis die Registrierung der Bevollmächtigten Personen BV1 und BV 2 im ZVR enthalten.

**78,00 € jährlich ab dem 2. Vertragsjahr** (ab dem 13. Monat nach Vertragsbeginn)

**Zusätzlich erhält jeder Vollmachtgeber eine kostenfreie, anwaltlich beglaubigte Kopie seiner Dokumente.** Weitere anwaltlich beglaubigte Kopien für Bevollmächtigte sind mit Kosten in Höhe von **einmalig 5,00 € pro Kopie verbunden.**

Ich wünsche die Erstellung weiterer anwaltlich beglaubigter Kopien meiner Dokumente für folgende Bevollmächtigte:

Person 1	<input type="checkbox"/>	Kopie für BV1 (5,00 €*)	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopie für BV2 (5,00 €*)	<input type="checkbox"/>	Kopie für BV3 (5,00 €*)
Person 2	<input type="checkbox"/>	Kopie für BV1 (5,00 €*)	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopie für BV2 (5,00 €*)	<input type="checkbox"/>	Kopie für BV3 (5,00 €*)

Person 1    Person 2

- Ich habe bereits eine Vorsorgevollmacht und wünsche diese mit zu hinterlegen.
- Ich habe noch keine Vorsorgevollmacht erstellt. Bitte senden Sie mir eine kostenfreie Vorsorgevollmacht in Form eines Ankreuzformulars zu. Diese möchte ich zusammen mit meinen anderen Vorsorgedokumenten hinterlegen.

\* alle Preise inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer

## Aushändigung der Vollmachtsoriginale von Person 1

Hiermit bevollmächtige ich die Deutsche Vorsorgedatenbank AG, unter folgenden Bedingungen die Vollmachten und Verfügungen im Original an meine Bevollmächtigten zu versenden:

- Die Originaldokumente können ohne jegliche Bedingung nach Anforderung des Bevollmächtigten an eben diesen zugesandt werden. In diesem Fall informiert die Deutsche Vorsorgedatenbank AG alle anderen Bevollmächtigten und den Auftraggeber in Schriftform.

## oder alternativ

Wenn durch:  1 Arzt     2 Ärzte

festgestellt wird, dass ich aus gesundheitlichen Gründen (körperlich oder geistig) meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann. Diese ärztlichen Bescheinigungen sind der Deutschen Vorsorgedatenbank AG im Original vorzulegen.

**Die Anforderung der Originaldokumente durch einen Bevollmächtigten bedarf zwingend der Schriftform.**

## Aushändigung der Vollmachtsoriginale von Person 2

Hiermit bevollmächtige ich die Deutsche Vorsorgedatenbank AG, unter folgenden Bedingungen die Vollmachten und Verfügungen im Original an meine Bevollmächtigten zu versenden:

- Die Originaldokumente können ohne jegliche Bedingung nach Anforderung des Bevollmächtigten an eben diesen zugesandt werden. In diesem Fall informiert die Deutsche Vorsorgedatenbank AG alle anderen Bevollmächtigten und den Auftraggeber in Schriftform.

## oder alternativ

Wenn durch:  1 Arzt     2 Ärzte

festgestellt wird, dass ich aus gesundheitlichen Gründen (körperlich oder geistig) meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann. Diese ärztlichen Bescheinigungen sind der Deutschen Vorsorgedatenbank AG im Original vorzulegen.

**Die Anforderung der Originaldokumente durch einen Bevollmächtigten bedarf zwingend der Schriftform.**

## Zusätzliche Verfügungen

## Hinweis zu den zusätzlichen Verfügungen:

Die Unterlagen (inkl. Anleitungen) erhalten Sie mit den anwaltlich erstellten Originaldokumenten. Diese ausgefüllten zusätzlichen Verfügungen reichen Sie bitte, zusammen mit den von Ihnen unterzeichneten Originaldokumenten, bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG ein, damit diese für Sie im Original hinterlegt und eingelagert werden können.

## Die folgenden Unterlagen erstelle/n ich/wir selber anhand der Unterlagen/Anleitungen (es entstehen keine Mehrkosten):

 Sorgerechtsverfügung

Im Falle des Todes der Eltern wird hier festgelegt, wer zum Vormund für die Kinder bestellt werden soll. Und ggf. auch, wer dazu ausdrücklich nicht bestellt werden soll. Diese Verfügung muss handschriftlich erstellt werden.

 Trauerverfügung

Mit dieser Verfügung können Sie Wünsche bezüglich Ihrer eigenen Bestattung regeln.

 Haus- und Großtierverfügung

Mit dieser Verfügung kann im Detail geregelt werden, wie sich um die Tiere des Besitzers/Halters gekümmert werden soll, wenn dieser dazu nicht mehr in der Lage ist.

 Entbindung ärztliche Schweigepflicht ab dem 16. Lebensjahr

Mit dieser Verfügung können Personen ab dem 16. Lebensjahr z.B. Familienangehörige von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden. Diese Verfügung sollte zu Hause oder beim Hausarzt hinterlegt werden.

## Ihr NOTFALL-Plan

Ihr NOTFALL-Plan ist für Ihre Angehörigen und Bevollmächtigten die Grundlage zur Handlungsfähigkeit.

In Ihrem NOTFALL-Plan wird genau beschrieben, was Angehörige und Bevollmächtigte in welcher Reihenfolge und vor allem in Ihrem Sinn tun sollen. Es werden alle wichtigen Informationen und notwendigen Handlungen erfasst. Zum Beispiel, was innerhalb von 24 Stunden zwingend erledigt werden muss oder binnen welcher Fristen welche Versicherungsunternehmen benachrichtigt werden müssen.

Wir empfehlen Ihnen, den NOTFALL-Plan gemeinsam mit Ihrem Vorsorgespezialisten auszufüllen.

 Ich bestelle den NOTFALL-Plan zum Preis von 10,00 € (inkl. gesetzlicher MwSt.). Der Versand erfolgt ausschließlich im PDF Format per E-Mail.

 Senden Sie meinen NOTFALL-Plan bitte an folgende E-Mail Adresse:

E-Mail

Um die Handlungsfähigkeit noch weiter zu erleichtern, bietet der NOTFALL-Ordner die perfekte Ergänzung.

## Ihr NOTFALL-Ordner

Oftmals werden erst durch intensives Suchen die wichtigen Unterlagen und Dokumente gefunden. Für Ihre Angehörigen oder Bevollmächtigten sind diese „fremden“ Unterlagen meist vollkommen unübersichtlich, wichtige Passwörter und andere Dinge sind unauffindbar.

Mit einem von Ihnen eingerichteten NOTFALL-Ordner ermöglichen Sie Ihren Angehörigen oder Bevollmächtigten sofortige Handlungsfähigkeit. Alle wichtigen Informationen, Unterlagen und Dokumente stehen geordnet zur Verfügung.

Wir empfehlen Ihnen, den NOTFALL-Ordner gemeinsam mit Ihrem Vorsorgespezialisten zu befüllen.

 Wir bestellen einen NOTFALL-Ordner für 29,00 € (inkl. gesetzlicher MwSt. und Versand). Der NOTFALL-Ordner wird zusammen mit den Kopien Ihrer bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG im Original eingelagerten Vollmachten und Verfügungen ausgeliefert.

 Senden Sie den NOTFALL-Ordner sowie die Kopien der Originaldokumente bitte an unseren Vorsorgespezialisten:

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

## Übermittlung der hinterlegten Dokumente als PDF-Kopie

 Wir bevollmächtigen die Deutsche Vorsorgedatenbank AG, eine Kopie unserer eingelagerten Dokumente in digitaler Form (PDF) an unseren Vermittler zu übermitteln.

Name des Vermittlers

Vorname des Vermittlers

E-Mail des Vermittlers





**Kostenübersicht**

Erstellungsleistung für Vorsorgedokumente der empfohlenen Kanzlei im Rahmen des Komfortpaketes	110,00 €*	110,00 €
Leistung der Deutsche Vorsorgedatenbank AG	149,00 €*	149,00 €
Notfall-Plan	Anzahl <input type="text" value="1"/> x <input type="text" value="10,00 €"/> *	10,00 €
Notfall-Ordner	Anzahl <input type="text" value="1"/> x <input type="text" value="29,00 €"/> *	29,00 €
Zusätzl. Originale für BV 3	Anzahl <input type="text" value=""/> x <input type="text" value="20,00 €"/> * pro Person	0,00 €
Zusätzl. Kopien für die Bevollmächtigten	Anzahl <input type="text" value="2"/> x <input type="text" value="5,00 €"/> * pro Kopie	10,00 €
<b>Gesamt:</b>		<b>308,00 €</b>

\* alle Preise inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer

**Muster Ratenzahlung**

Eine Ratenzahlung ist auf Wunsch möglich. Die Anzahl der Raten ist variabel aber auf maximal 12 Raten begrenzt. Für jede Rate wird eine Gebühr in Höhe von 5,00 €\* erhoben.

Gesamtbetrag	Anzahl Raten	Ratenzuschlag	Betrag inkl. Ratenzuschlag	monatliche Rate
<input type="text" value="308,00 €"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="0,00 €"/> 5,00 €* pro Rate	<input type="text" value="308,00 €"/>	<input type="text" value=""/>

\* alle Preise inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer

**SEPA-Lastschriftmandat**

**SEPA-Lastschriftmandat** für eine einmalige Zahlung.

**SEPA-Lastschriftmandat** für eine Ratenzahlung mit  Raten. Der Ratenzuschlag von 5,00 € pro Rate ist mir bekannt.

**SEPA-Lastschriftmandat** für wiederkehrende Zahlungen ab dem 2. Vertragsjahr.

Ich ermächtige die Deutsche Vorsorgedatenbank AG, die einmalige Erstellungsgebühr des ausführenden Rechtsanwalts, die einmalige Digitalisierungsgebühr sowie die jährlichen Hinterlegungs- und Lagerungskosten von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Deutschen Vorsorgedatenbank AG einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch 5 Tage vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.

DV Deutsche Vorsorgedatenbank AG; Zwickauer Straße 25; 08393 Meerane  
**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00001113746**  
 Die Mandatsreferenz teilt die DV Deutsche Vorsorgedatenbank AG vor der ersten Abbuchung mit.

Name Kontoinhaber <b>Muster</b>		Vorname Kontoinhaber <b>Peter</b>	
Straße, Hausnummer <b>Bergstraße 3</b>		PLZ <b>01234</b>	Wohnort <b>Bergdorf</b>
Name und Ort des Kreditinstituts <b>Sparbank Bergdorf</b>			
IBAN <b>DE12 3456 7891 2345 6781 24</b>		BIC <b>SPADEFYYY</b>	
Ort <b>Bergdorf</b>	Datum <b>01.08.2017</b>	Unterschrift Kontoinhaber	

# Geschäftsbesorgungsvertrag

zwischen

**Rechtsanwalt Gerald Scholz**  
Kaßbergstraße 26, 09112 Chemnitz  
- nachfolgend „Auftragnehmer“ -

und

Person 1 / Auftraggeber: Name, Vorname <b>Muster, Peter</b>	Person 2: Name, Vorname <b>Muster, Simone</b>
Anschrift <b>Bergstraße 3, 01234 Bergdorf</b>	

- nachfolgend „Auftraggeber“ -  
- gemeinsam die „Vertragsparteien“ -  
wird folgendes vereinbart:

## 1. Leistung

Der Auftraggeber beauftragt den Auftragnehmer mit der Besorgung juristischer Dienstleistungen („Erstellungsleistung“), die im Folgenden aufgeführt sind.

Als Erstellungsleistung wird angeboten:

- Die Erstellung von Vorsorgedokumenten (Vorsorgevollmacht und / oder Patientenverfügung) zum Festpreis. Grundlage für die Erstellung sind ausschließlich die schriftlich verfassten Wunschlisten zur Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung des Auftraggebers.
- Änderung / Ergänzung / Neuerstellung sowie Durchsetzung der erstellten Vorsorgedokumente im Rahmen des Updateservice der Deutsche Vorsorgedatenbank AG (**nicht bei Einzelbeauftragung möglich**).

Folgende Erstellungsleistung wird gebucht:

	Familie 2 Personen	Single 1 Person	JUNIOR** 1 Person
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung Premiumpaket***	<input type="checkbox"/> 220,00 €	<input type="checkbox"/> 110,00 €	<input type="checkbox"/> 45,00 €
<input checked="" type="checkbox"/> Patientenverfügung Komfortpaket***	<input checked="" type="checkbox"/> 110,00 €	<input type="checkbox"/> 55,00 €	<input type="checkbox"/> 25,00 €
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht Komfortpaket***	<input type="checkbox"/> 110,00 €	<input type="checkbox"/> 55,00 €	<input type="checkbox"/> 25,00 €

Im Paketpreis ist jeweils ein Satz Originaldokumente für die bevollmächtigten Personen BV1 und BV2 enthalten. Die Erstellung jeder weiteren Originalausfertigung ist mit Kosten in Höhe von einmalig 20,00 €\* pro Person verbunden.

Person 1  Person 2  Ich wünsche die Erstellung der Originaldokumente für die bevollmächtigte Person BV3 zum Preis von 20,00 €\* pro Person.

\* alle Preise inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer

\*\* Die Wahl des JUNIOR-Pakets ist nur für volljährige Personen im Alter von 18-25 Jahren möglich. Zusätzlich muss ein bereits vorausgegangener Vertrag zwischen dem Auftragnehmer und mindesten einem Elternteil des Auftraggebers bestehen.

\*\*\* Bei Einzelbeauftragung, d.h. ohne Buchung der Leistung der Deutsche Vorsorgedatenbank AG, entstehen Zusatzkosten in Höhe von 30,00 €\* (im Familienpaket) bzw. 15,00 €\* (im Singlepaket). Die Mehrkosten ergeben sich u.a. aus der Registrierung im ZVR und den Schreibauslagen.

## **2. Pflichten des Auftraggebers**

### **2.1. Allgemeine Unterstützungspflicht**

Der Auftraggeber ist verpflichtet, den Auftragnehmer bei der Durchführung des Geschäftsbesorgungsvertrages nach Kräften zu unterstützen und sämtliche Voraussetzungen in seinem Bereich zu schaffen, die zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung erforderlich sind.

### **2.2. Vollständigkeit und Aktualität von mitgeteilten Informationen**

Der Auftraggeber teilt dem Auftragnehmer alle für die Hinterlegung der Vollmachtoriginalen notwendigen Informationen wahrheitsgemäß mit. Der Auftraggeber wird den Auftragnehmer unverzüglich darüber informieren, wenn sich Namen, Anschrift, Kommunikationsdaten, Krankenversicherung oder Personalausweisnummer ändern. Gleiches gilt für die Änderung von Namen, Anschrift und Kommunikationsdaten der bevollmächtigten Personen des Auftraggebers.

Der Auftraggeber informiert eigenständig die jeweiligen Bevollmächtigten über deren Eintragung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer. Die entsprechenden Registrierungsdokumente erhält der Auftraggeber vom Auftragnehmer. Dieses Register dient der Information der mit dem Betreuungsverfahren befassten Stellen. Die Information darüber, dass und wem eine Vollmacht erteilt ist, wer als Betreuer zu bestellen ist und dass eine Patientenverfügung errichtet wurde, wird damit im Betreuungsverfahren berücksichtigt. Die Angabe der Daten der Bevollmächtigten, die aber keine Mitteilung oder Kundgabe im Sinne des § 167 BGB bedeutet, der Vollmacht und auch die der benannten Berechtigten soll der Auftragnehmer bewirken.

## **3. Haftung**

### **3.1. Unbeschränkte Haftung**

Der Auftragnehmer haftet für Schäden, die aufgrund grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Verhaltens oder durch eine schuldhafte Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit entstehen, oder für die er nach dem Produkthaftungsgesetz haftet.

### **3.2. Haftungsbeschränkung**

#### **3.2.1 Leichte Fahrlässigkeit**

In Fällen der leicht fahrlässigen Pflichtverletzung haftet der Auftragnehmer nur bei Verletzung wesentlicher Vertragspflichten, allerdings beschränkt auf vorhersehbare, vertragstypische Schäden, sowie in der Höhe beschränkt auf das 5-fache der nach diesem Vertrag insgesamt geschuldeten Vergütung innerhalb eines Vertragsjahres. Wesentliche Vertragspflichten sind solche Pflichten, deren Erfüllung die ordnungsgemäße Ausführung des Vertrages erst ermöglichen und auf deren Erfüllung der Auftraggeber regelmäßig vertrauen darf.

#### **3.2.2 Datenverlust**

Die Haftung des Auftragnehmers für Datenverlust ist auf die typischen, für die Wiederherstellung erforderlichen üblichen Aufwendungen beschränkt, Ziffer 3.2.1 bleibt unberührt.

## **4. Geheimhaltung, Datenschutz**

### **4.1. Stillschweigen**

Der Auftragnehmer ist verpflichtet, über alle Tatsachen, die ihm im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit für den Auftraggeber bekannt werden, Stillschweigen zu wahren, diese vertraulich zu behandeln und nicht außerhalb des Vertrages für sich selbst zu verwerfen oder an Dritte weiterzugeben. Die Pflicht zur Vertraulichkeit besteht auch über die Beendigung des Auftrages hinaus.

Der Auftraggeber entbindet den Rechtsanwalt von seiner Verschwiegenheitspflicht gegenüber der Deutsche Vorsorgedatenbank AG.

### **4.2. Auftragsdatenverarbeitung – Verarbeitung personenbezogener Daten**

Der Auftragnehmer ist befugt, ihm im Rahmen der Durchführung der Geschäftsbesorgung durch den Auftraggeber bekanntgegebene personenbezogene Daten verarbeiten zu lassen, ggf. auch datenverarbeitungsgestützt.

Im Rahmen der Erstellungsleistung gibt der Auftragnehmer die in der Wunschliste mitgeteilten Informationen, mithin personenbezogene Daten des Auftraggebers, an die Deutsche Vorsorgedatenbank AG weiter. Dies geschieht im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung, über die der Auftragnehmer und die Deutsche Vorsorgedatenbank AG eine entsprechende Vereinbarung mit den nach § 11 BDSG erforderlichen Inhalten abgeschlossen haben.

## **5. Schlussbestimmungen**

### **5.1. Salvatorische Klausel**

Sollte dieser Vertrag unwirksame, undurchführbare, anfechtbare oder nichtige Bestimmungen enthalten, bleibt seine Wirksamkeit im Übrigen davon unberührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen, undurchführbaren, anfechtbaren oder nichtigen Bestimmungen eine solche wirksame Vereinbarung zu treffen, die dem mit der ursprünglichen Regelung verfolgten wirtschaftlichen Zweck am Nächsten kommt.

### **5.2. Überschriften**

Die beschreibenden Überschriften in diesem Vertrag wurden der leichteren Lesbarkeit wegen eingefügt und die Auslegung dieses Vertrages wird durch sie nicht eingeschränkt oder auf sonstige Weise berührt.

### **5.3. Schriftform**

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dieses Formerfordernis kann nur durch eine schriftliche Vereinbarung aufgehoben werden.

#### 5.4. Aufrechnung

Der Auftraggeber darf nur mit solchen Ansprüchen die Aufrechnung erklären, die unbestritten bestehen oder rechtskräftig festgestellt sind.

#### 5.5. Zurückhaltungsrecht

Bis zur vollständigen Begleichung seiner Forderungen hat der Auftragnehmer an dem ihm überlassenen und bei einem Dienstleister eingelagerten Vollmachtsoriginal ein Zurückhaltungsrecht.

#### 5.6. Gerichtsstand

Gerichtsstand ist Chemnitz

#### 5.7. Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

Rechtsanwalt Gerald Scholz  
Kaßbergstraße 26  
09112 Chemnitz  
Telefon: 0371 381150  
Fax: 0371 3811522  
Mail: [s.fischer@schweppe-moeckel.de](mailto:s.fischer@schweppe-moeckel.de)

mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. per Post, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

##### 5.7.1 Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, hat Ihnen der Auftragnehmer alle Zahlungen, die er von Ihnen erhalten hat, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrages beim Auftragnehmer eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwendet der Auftragnehmer das selbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart. In keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

##### 5.7.2 Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, können Sie ein Widerrufsformular bei der Deutschen Vorsorgedatenbank AG anfordern. Sie können aber auch ein eigenes formloses Widerrufsformular erstellen. Dieses sollte die folgenden Punkte beinhalten:

- Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Geschäftsbesorgungsvertrag.
- Bestellt am (Datum) / erhalten am (Datum)
- Name
- Vorname
- Anschrift
- Datum und Unterschrift

##### 5.7.2 Einwilligungserklärung zum Widerrufsrecht



Ich habe mein Widerrufsrecht gelesen und akzeptiere dieses.

##### 5.7.3 Verzicht auf das Widerrufsrecht



Mir ist bekannt, dass mit der Zusendung des Vertrages eben dieser ausgeführt wird. Ich stimme ausdrücklich zu, dass der Auftragnehmer vor Ablauf der Widerrufsfrist mit der Ausführung des Vertrages beginnt. Mir ist bekannt, dass ich durch diese Zustimmung mit Beginn der Ausführung des Vertrages mein Widerrufsrecht verliere.

Bergdorf, 01.08.2017

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Person 1 (Auftraggeber)

Bergdorf, 01.08.2017

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Person 2

Den Rechtsanwälten Schweppe u. Möckel, Kaßbergstraße 26, 09112 Chemnitz wird  
Herrn Fachanwalt für Medizinrecht Gerald Scholz hiermit:

VOLLMACHT

in Sachen **Muster**  
Person 1: Name

**Peter**  
Person 1: Vorname

wegen Erstellung Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen

erteilt

1. zur Erstellung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen ausschließlich nach schriftlichen Vorgaben des Mandanten
2. zur Prozessführung und Durchsetzung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügung einschließlich der Befugnis zur Erhebung und Zurücknahme von Widerklagen
3. zur Vertretung in sonstigen Verfahren und bei außergerichtlichen Verhandlungen aller Art (insbesondere für Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung)
4. zur Begründung und Aufhebung von Vertragsverhältnissen und zur Abgabe und Entgegennahme von einseitigen Willenserklärungen (z.B. Kündigungen) in Zusammenhang mit der oben unter „wegen...“ genannten Angelegenheit.

Die Vollmacht gilt für alle Instanzen. Sie umfasst insbesondere die Befugnis, die Vollmacht ganz oder teilweise auf andere zu übertragen (Untervollmacht), Rechtsmittel einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten, den Rechtsstreit oder außergerichtliche Verhandlungen durch Vergleich, Verzicht oder Anerkenntnis zu erledigen, Geld, Wertsachen und Urkunden, insbesondere auch den Streitgegenstand und die von dem Gegner, von der Justizkasse oder von sonstigen Stellen zu erstattenden Beträge entgegenzunehmen sowie Akteneinsicht zu nehmen.

Die Kostenerstattungsansprüche und andere Ansprüche des Auftraggebers gegenüber dem Gegner, der Justizkasse oder sonstigen erstattungspflichtigen Dritten werden in Höhe der Kostenansprüche des beauftragten Rechtsanwalts an diesen abgetreten mit der Ermächtigung, die Abtretenden im Namen des Auftraggebers dem Zahlungspflichtigen mitzuteilen. Von den Beschränkungen des § 181 BGB (Verbot des Insichgeschäfts) ist der Bevollmächtigte befreit.

Die Erhebung der Rechtsanwaltsvergütung richtet sich nach der im Geschäftsbesorgungsvertrag beinhalteten Vergütungsvereinbarung.

**Bergdorf, 01.08.2017**

Ort, Datum

Unterschrift Person 1 (Auftraggeber)



# Personendaten zur Erstellung einer Patientenverfügung

## Meine persönlichen Daten

Person 1	<input checked="" type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname Muster		Name Peter		
	Geburtsdatum 23.06.1974		Geburtsname		Geburtsort Bergdorf	
	Straße, Hausnummer Bergstraße 3			PLZ, Ort 01234 Bergdorf		
	E-Mail peter.muster@gmx.de		Mobiltelefon 0173 2143658		Telefon	
	Krankenversicherung TKK		Krankenversicherungsnummer 78912345		Ausweisnummer KLRQYQXXXXX	

## Mein 1. Bevollmächtigter (aus meiner bestehenden Vorsorgevollmacht)

Mein 1. Bevollmächtigter ist mein Ehepartner / Lebenspartner (Person 2)

oder

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname		Name		
Geburtsdatum		Geburtsname		Geburtsort	
Straße, Hausnummer			PLZ, Ort		
Telefon			Mobiltelefon		

## Mein 2. Bevollmächtigter (aus meiner bestehenden Vorsorgevollmacht)

<input checked="" type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname Muster		Name Thomas		
Geburtsdatum 10.10.1978		Geburtsname		Geburtsort Bergdorf	
Straße, Hausnummer Am Hain 15			PLZ, Ort 01235 Taldorf		
Telefon			Mobiltelefon 0175 97865342		

## Mein 3. Bevollmächtigter (aus meiner bestehenden Vorsorgevollmacht)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname		Name		
Geburtsdatum		Geburtsname		Geburtsort	
Straße, Hausnummer			PLZ, Ort		
Telefon			Mobiltelefon		

## Meine persönlichen Daten

Person 2	<input type="checkbox"/> Herr <input checked="" type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname Muster		Name Simone		
	Geburtsdatum 17.10.1978	Geburtsname Müller		Geburtsort Taldorf		
	Straße, Hausnummer Bergstraße 3			PLZ, Ort 01234 Bergdorf		
	E-Mail simonem@mail.de		Mobiltelefon 0173 9123674		Telefon	
	Krankenversicherung TKK		Krankenversicherungsnummer 39130285		Ausweisnummer DEFTUTXXXXX	

## Mein 1. Bevollmächtigter (aus meiner bestehenden Vorsorgevollmacht)

Mein 1. Bevollmächtigter ist mein Ehepartner / Lebenspartner (Person 1)

oder

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname		Name		
Geburtsdatum	Geburtsname		Geburtsort		
Straße, Hausnummer			PLZ, Ort		
Telefon		Mobiltelefon			

## Mein 2. Bevollmächtigter (aus meiner bestehenden Vorsorgevollmacht)

Mein 2. Bevollmächtigter ist identisch mit dem 2. Bevollmächtigten meines Partners (BV 2 von Person 1).

oder

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname		Name		
Geburtsdatum	Geburtsname		Geburtsort		
Straße, Hausnummer			PLZ, Ort		
Telefon		Mobiltelefon			

## Mein 3. Bevollmächtigter (aus meiner bestehenden Vorsorgevollmacht)

Mein 3. Bevollmächtigter ist identisch mit dem 3. Bevollmächtigten meines Partners (BV 3 von Person 1).

oder

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname		Name		
Geburtsdatum	Geburtsname		Geburtsort		
Straße, Hausnummer			PLZ, Ort		
Telefon		Mobiltelefon			



# Ihre Wünsche zur Erstellung einer Patientenverfügung

Das Erstellen einer Patientenverfügung ist eine sehr persönliche Angelegenheit. Nur mit einer solchen Verfügung kann geregelt werden, wie Sie im **unumkehrbaren Sterbeprozess** behandelt werden möchten.

Jeder Arzt ist in jeder Situation verpflichtet, alles medizinisch Mögliche zu tun, um Sie am Leben zu erhalten. Auch wenn dies den langwierigen Einsatz von Apparate- und Gerätemedizin zur Folge hätte.

Richten Sie bitte bei Ihren Wünschen zur Erstellung der Patientenverfügung den Blickwinkel auf folgenden Punkt:

**In welchen Situationen, in denen Sie Ihren Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern können, macht aus Ihrer Sicht eine Weiterbehandlung durch Ärzte keinen Sinn mehr?**

- | Person 1                            | Person 2                            |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbar tödlich verlaufenden Krankheit befinde.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z.B. Alzheimer bzw. Demenzerkrankung, auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Wenn ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Koma liege.   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Wenn ein nicht behandelbarer, dauerhafter Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers vorliegt.  |

**Was wünschen Sie in diesen Situationen?**

- lebenserhaltende / lebensverlängernde Maßnahmen**  
Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten, meine Beschwerden zu lindern sowie fremdes und eigenes Gewebe und Organe zu erhalten, auch wenn damit mein Leben ohne Aussicht auf Heilung oder Genesung verlängert wird. Mir ist bekannt, dass dies auch den langwierigen Einsatz von Apparate- und Gerätemedizin zur Folge haben kann.

**oder alternativ**

- Ich wünsche in meinem unumkehrbaren Sterbeprozess die **Unterlassung aller lebenserhaltenden und lebensverlängernden Maßnahmen**, die mein Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf Heilung oder Genesung hinauszögern würden.

Option 1:   **Diesbezüglich wünsche ich die Ausarbeitung meiner Patientenverfügung durch einen Fachanwalt für Medizinrecht mit dem Hauptaugenmerk auf die palliativmedizinische Leidensminderung.**

Auszug:

*Bei meiner ärztlichen Behandlung in den genannten Situationen soll die palliativmedizinische Leidensminderung (aktive, ganzheitliche Behandlung einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung) im Vordergrund stehen. Ärzte und sonstige Behandler sollen verpflichtet sein, Übelkeit und unstillbaren Brechreiz, Erstickungsangst, schweren Angstzuständen und der Empfindung von Leid entgegenzuwirken.*

*usw. ...*

**oder alternativ**

Option 2:   Ich möchte keine Ausarbeitung des Fachanwalts, sondern vielmehr nach ausführlicher Beratung mit einer geeigneten Person die einzelnen Fragen zur Patientenverfügung selbst beantworten.

Den Fragenkatalog zur **individuellen Patientenverfügung** erhalten Sie entweder direkt von Ihrem Vorsorge-spezialisten oder auf Wunsch per E-Mail von der Deutschen Vorsorgedatenbank AG.

Meine Patientenverfügung soll auf Grundlage dieses Fragenkatalogs durch einen Fachanwalt für Medizinrecht der Deutschen Vorsorgedatenbank AG erstellt werden.

Bitte senden Sie uns/mir den Fragenkatalog zur individuellen Patientenverfügung an folgende E-Mail Adresse:

E-Mail (Bitte nur ausfüllen, wenn der Fragenkatalog per E-Mail gewünscht ist)

### Wiederbelebung

In den genannten Situationen, in denen für mich eine ärztliche Weiterbehandlung keinen Sinn mehr macht, wünsche ich,

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Person 1                            | Person 2                            |  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | dass Versuche der Wiederbelebung durchgeführt werden.        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | dass auf Versuche der Wiederbelebung <b>verzichtet</b> wird. |

### Herzschrittmacher / ICD

Der ICD (implantierter Kardioverter-Defibrillator), auch "Defi" genannt, ist ein Elektroschockgerät in Miniaturausgabe. Dieses Gerät überwacht den Herzrhythmus und gibt bei lebensbedrohlichem Herzrasen oder Kammerflimmern Impulse oder Elektroschocks ab, die den normalen Herzrhythmus wieder herstellen. Außerdem beinhaltet ein ICD auch eine herkömmliche Herzschrittmacherefunktion.

Sollte ich Träger eines Herzschrittmachers / ICD sein bzw. werden, wünsche ich in den genannten Situationen, in denen für mich eine ärztliche Weiterbehandlung keinen Sinn mehr macht,

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Person 1                            | Person 2                            |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | dass mein ICD deaktiviert wird.  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | dass mein ICD aktiviert bleibt.<br>(Bedenken Sie bitte, dass die Wahl dieser Möglichkeit im Widerspruch mit dem gleichzeitigen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen steht.) |

### Sterbehilfe

In den genannten Situationen, in denen für mich eine ärztliche Weiterbehandlung keinen Sinn mehr macht, wünsche ich,

- |                                     |                                     |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Person 1                            | Person 2                            |   |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | keine Sterbehilfe.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | dass alle gesetzlichen Möglichkeiten der Sterbehilfe ausgeschöpft werden. |

### Organspende

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Person 1                            | Person 2                            |  |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Ich lehne die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.  |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Ich habe einen Organspendeausweis.<br>Auf Wunsch können Sie eine Kopie Ihres Organspendeausweises Ihren Unterlagen beilegen. |

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

- |                          |                                     |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | gehen die Bestimmungen meiner Patientenverfügung vor.       |

## Ort der Behandlung und Beistand

Ich wünsche:

Person 1 Person 2

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

Bitte legen Sie noch eine Alternative für den Fall fest, dass dieser Wunsch aus medizinischer oder organisatorischer Sicht nicht realisierbar ist.

oder alternativ

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

oder alternativ

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

Person 1

Bevorzugt möchte ich in folgendes Krankenhaus verlegt werden:

Person 2

Bevorzugt möchte ich in folgendes Krankenhaus verlegt werden:

Person 1 Person 2

Ich wünsche Beistand durch einen Vertreter oder eine Vertreterin folgender Kirchen oder Weltanschauungsgemeinschaften:

Person 1

Person 2

Person 1 Person 2

Ich wünsche hospizlichen Beistand.

Weitere Wünsche zu Ihrer Patientenverfügung können Sie gern auf einem Beiblatt formulieren.

## Ende der Wunschliste zu Ihrer Patientenverfügung

### Strategische Vermögensweitergabe

Person 1 Person 2

Ich habe bereits ein Testament erstellt.

Mein Testament habe ich an folgendem Ort hinterlegt (Deutsche Vorsorgedatenbank AG, Amtsgericht, Notar, zu Hause):

Person 1

Bitte geben Sie hier den vollständigen Namen und die Adresse an.

Person 2

Bitte geben Sie hier den vollständigen Namen und die Adresse an.

Ich wünsche Informationen zur Beauftragung meines Testaments.

### Sie sind Unternehmer?

#### Unternehmervollmacht

Person 1 Person 2

Ich bin Unternehmer und wünsche Informationen zur Beauftragung meiner Unternehmervollmacht.