



Patienten-/Betreuungs-/Vorsorgeverfügung

Selbstbestimmung - auch wenn Sie nicht mehr selbst bestimmen können

Beratung durch:



Cubus Assekuranz- und Finanzdienstleistungsmakler
GmbH

Heinrichsallee 9 • 52062 Aachen

Tel.: 0241/4014211 • Fax: 0241/4014233

info@cubus-gmbh.de

<http://www.cubus-gmbh.de>

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Michael Foellmer

Tel.: 0241/4014211

Fax: 0241/4014233

foellmer@cubus-gmbh.de

Ihr Recht zur Selbstbestimmung

Das Recht zur Selbstbestimmung genießt in unserer Gesellschaft aus gutem Grund höchsten Stellenwert. Jeder Bürger ist berechtigt, frei für sich Entscheidungen treffen zu dürfen. Dies stellt einen ganz wesentlichen Beitrag zur Würde des Menschen dar.

Durch einen Unfall, Krankheit oder den Verfall der körperlichen bzw. geistigen Leistungsfähigkeit im Alter, kann jeder in die Situation geraten, wichtige Fragen nicht mehr selbst beantworten zu können.

Das Betreuungsrecht regelt, wer Entscheidungen für Sie treffen darf, wenn Ihnen ein eigenverantwortliches Handeln nicht mehr möglich ist. Dabei soll das Selbstbestimmungsrecht bestmöglich gewahrt bleiben.

Die Bestellung eines Betreuers wird von einem für Sie zuständigen Amtsgericht festgelegt. Dieser bestellte Betreuer darf ausschließlich im gerichtlich festgelegten Umfang handeln. Auch die Wünsche des Betroffenen müssen hierbei beachtet werden, wenn diese bekannt sind. Es empfiehlt sich daher frühzeitig darüber nachzudenken, wem man im Fall der Fälle die Entscheidungsvollmacht erteilen möchte. Auch, welche Behandlungen oder lebenserhaltenden Maßnahmen man ablehnt, sollte man bedenken. Rechtsverbindlich kann man seine Wünsche und Vorstellungen in entsprechenden Verfügungen dokumentieren. Wir möchten Ihnen hier im Folgenden gerne aufzeigen, für welchen Bereich welche Form der Verfügung nötig ist. Am Ende dieser Broschüre finden Sie auch entsprechende Vordrucke. Inhaltlich wurden diese an die Empfehlungen des Bundesjustizministeriums angelehnt. Unsere Empfehlung ist es, nichts dem Zufall zu überlassen und Ihren Angehörigen in allen drei Bereichen Verfügungen an die Hand zu geben.

Auch für Ihre Angehörigen ist es hilfreich, von Ihren persönlichen Vorstellungen zu wissen. Sprechen Sie daher bitte auch mit diesen, dass Verfügungen bestehen und wo diese zu finden sind, wenn sie benötigt werden.



Die Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht können Sie einer anderen Person Vollmacht zur Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten übertragen, die Sie selbst nicht mehr entscheiden können. Der Bevollmächtigte kann dann für Sie handeln, ohne dass es weiterer Veranlassungen, wie etwa einer gesonderten Genehmigung, bedarf. Das Gericht wird nur dann eingeschaltet, wenn es für die Kontrolle des Bevollmächtigten erforderlich ist (z. B. Insihgeschäfte - Beispiel: Kauf eines Grundstücks vom Vollmachtgeber vom Bevollmächtigten o. ä.). Die Vollmacht ermöglicht dem Bevollmächtigten ein hohes Maß an eigenverantwortlichem Handeln und rechtskräftige Willenserklärungen für Sie abgeben.

Typische Einsatzgebiete der Vorsorgevollmacht sind Bankgeschäfte, Wohnangelegenheiten (z.B. Mietvertrag kündigen) und auch Versicherungsgeschäfte.



Die Patientenverfügung

Die moderne Medizin bietet trotz allen Fortschritts auch heute nicht für jedes Krankheitsbild auch eine Heilung. In solchen Fällen ist das Ziel der Behandlung bzw. Therapie oft nur Schmerzlinderung oder ein „am Leben erhalten“. Wohl jeder hat bestimmte Szenarien im Kopf, bei denen er gewisse Behandlungsmethoden ablehnen würde. Egal, ob Sie keine Operation am Gehirn wünschen, lebensverlängernde Maßnahmen kategorisch ablehnen oder aber allen medizinisch möglichen Maßnahmen ausdrücklich zustimmen, die Ihr Leben verlängern: Mit einer Patientenverfügung dokumentieren Sie Ihre persönlichen Wünsche. Ihre Motivation für eine bestimmte Entscheidung ist hierbei nicht von Belang und muss nicht mit vermerkt werden.



Gerade in diesem sensiblen Bereich helfen Sie Ihren Angehörigen ganz gewaltig. Zwiegespalten zwischen der Angst vor dem Verlust des geliebten Menschen auf der einen Seite, und dem Wunsch, dass eben dieser Mensch endlich keine Schmerzen mehr haben muss, fühlt sich wohl jede Entscheidung falsch an, die man für einen Schwerkranken trifft. Ein Leitfaden, den Sie selbst verfasst haben, erleichtert es jedem Beteiligten, sich richtig zu entscheiden.

Die Betreuungsverfügung

Vor allem im Alter wird mit zunehmendem geistigen Kräfteverfall auch Betreuung ein Thema. Mit einer Betreuungsverfügung können Sie schon heute festlegen, wen das Gericht zu Ihrem Betreuer bestimmen soll. Ebenso können Sie festlegen, wer auf keinen Fall dazu bestimmt werden soll. Auch inhaltlich können Sie hier Auflagen machen, welche Gewohnheiten zu respektieren sind oder ob Sie im Pflegefall eine Betreuung daheim oder in einer Pflegeeinrichtung wünschen. Eine Aufteilung der Betreuung in verschiedene Bereiche (z. B. Gesundheit, Finanzen, etc.) ist ebenfalls denkbar.



Sie alleine entscheiden, in wessen Händen Ihre Geschicke liegen sollen, wenn es Ihnen nicht mehr gut genug geht, selbst über diese zu bestimmen. Mit einer Betreuungsverfügung sorgen Sie für klare Verhältnisse.



Die nachfolgenden Formulare

Die nachfolgenden Formulare wurden an die Vorlagen des Bundesministeriums angelehnt. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch. Lassen Sie sich generell Zeit beim Ausfüllen und denken Sie gut über Ihre Entscheidungen nach. Es empfiehlt sich immer, die engsten Angehörigen mit in die Entscheidungen einzubeziehen.

VORSORGEVOLLMACHT

Ich, (Vollmachtgeber/In)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

erteile hiermit **VOLLMACHT** an

(bevollmächtigte Person)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon

eMail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachterteilung 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.

1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

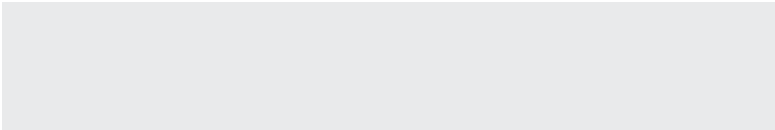
- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. JA NEIN
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Unterstützung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). JA NEIN
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. JA 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. JA NEIN
- JA NEIN
- JA NEIN
- JA 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. JA NEIN
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. JA NEIN
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen, ehemals: Heimvertrag abschließen und kündigen. JA NEIN
- JA NEIN

3. Behörden

➤ Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialversicherungsträgern vertreten. JA NEIN

➤  JA NEIN

4. Vermögenssorge

➤ Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich: JA NEIN

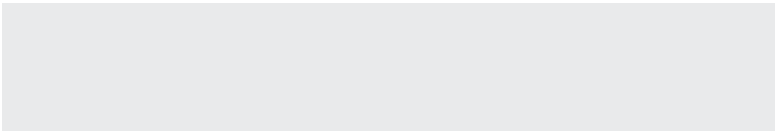
➤ Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1). JA NEIN

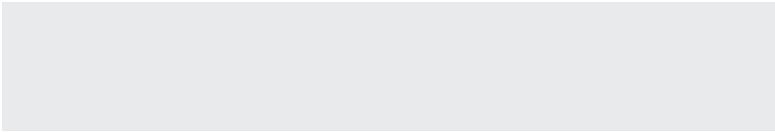
➤ Zahlungen und Wertgegenstände annehmen. JA NEIN

➤ Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2). JA NEIN

➤ Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. JA NEIN

Folgende Geschäfte soll Sie **NICHT** wahrnehmen können:

➤  JA NEIN

➤  JA NEIN

Hinweis:

1. Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Beurkundung der Vollmacht erforderlich; dies gilt aus praktischen Gründen auch für die Aufnahme von Verbraucherdarlehen.

2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

5. Post und Fernmeldeverkehr

- 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.

JA NEIN

6. Vertretung vor Gericht

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

JA NEIN

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmachten erteilen.

JA NEIN

8. Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die auf Seite 1 bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen

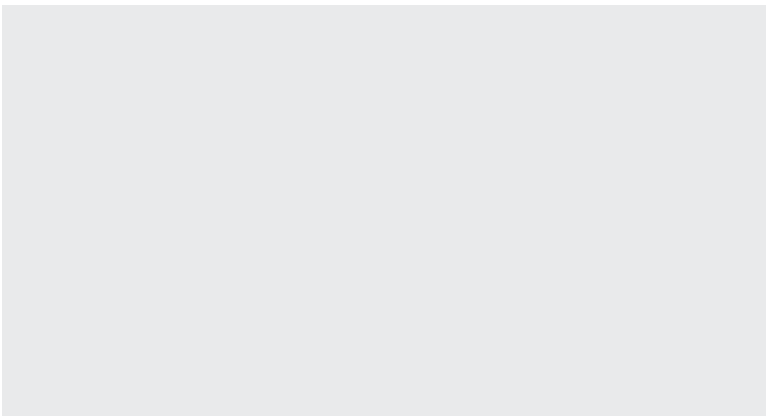
JA NEIN

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

JA NEIN

10. Weitere Regelungen

- 

JA NEIN

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Wichtiger Hinweis: Damit keine Zweifel an der Aktualität Ihrer Wünsche aufkomme, wird empfohlen, diese Verfügung spätestens alle zwei Jahre zu erneuern. Sie können aber auch über eine Verlängerungserklärung bestätigen, dass der Inhalt der Verfügung noch immer Ihren Vorstellungen entspricht. Ein entsprechendes Formular finden Sie am Ende dieser Formulareammlung.

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich, Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

gebe hiermit im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und mit dem Wissen über die sich möglicherweise daraus ergebenden Folgen diese Willenserklärung ab. Sie soll solange Gültigkeit behalten, bis ich sie geändert oder widerrufen habe. Ich verpflichte meine mich behandelnden Ärzte sowie die als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter zu Entscheidungen im Rahmen dieser Erklärung, solange nicht konkrete oder hinreichend deutliche Hinweise vorliegen, dass ich meinen Willen zwischenzeitlich geändert habe.

Situationen in denen meine Verfügung gelten soll

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinde, die nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte zum Tode führen wird, auch wenn der Zeitpunkt des Todes noch nicht absehbar ist
- wenn ich aufgrund einer Gehirnschädigung nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr in der Lage bin, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen oder Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen. Dies gilt sowohl für direkte Gehirnschädigungen (z. B. durch Unfall oder Schlaganfall) als auch für indirekte Gehirnschädigungen (z. B. nach Wiederbelebung oder Schock)
- wenn ich unter einem weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozess leide (z. B. Demenzerkrankung) und auch mit ausdauernder Betreuung nicht mehr fähig bin, mir Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zuzuführen
- wenn ich im Koma liege ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins
- wenn es bei mir zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt

Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Sollte sich mein Wille nach sorgfältiger Überprüfung nicht geändert haben, soll meine ärztliche Behandlung eine palliativmedizinische Leidensminderung und keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen beinhalten. Dazu gehört eine konsequente **Schmerz- und Symptombehandlung**, auch wenn die eingesetzten Mittel dieser Behandlung bewusstseinsdämpfend sind. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Bei Eintreten der oben genannten Situationen wünsche ich

- keine künstliche Ernährung** unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung und keine **künstliche Flüssigkeitszufuhr** als Dauermaßnahme
- keine Maßnahmen der Wiederbelebung** (Reanimation)
- keine künstliche Beatmung** bzw. Einstellung einer schon eingeleiteten Beatmung, 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
- keine Dialyse** bzw. Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse
- keine Antibiotika** oder die **Gabe von Blut oder Blutbestandteilen** nur zur Linderung meiner Beschwerden
- kein fremdes Gewebe** oder **fremde Organe**, auch wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann

Ort der Behandlung

Bei Eintreten der zuvor genannten Situationen wünsche ich

- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt zu werden
- wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung zu sterben
- wenn möglich, in einem Hospiz zu sterben

Beistand

In meiner letzten Lebensphase möchte ich menschliche Unterstützung und Begleitung, vor allem durch

- Mitarbeiter/innen eines Hospizdienstes
- meine/n Hausärztin/-arzt
- meine/n Seelsorger/in
- die folgende Person

Aussagen zur Verbindlichkeit und Auslegung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten befolgt werden. Meine als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln.

Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zur Transplantation zu.
- Komme ich bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe,
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor
 - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor
- Ich verfüge hiermit, dass ich nicht als Organspender zur Verfügung stehe.

Bestätigung der Verfügung

Ich unterschreibe diese Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, dass mir in der aktuellen Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Diese Verfügung soll nicht durch meinen Tod erlöschen. Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die voranstehende Verfügung nur insoweit, wie ich sie ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtige Hinweise:

Bitte registrieren Sie Ihre Patientenverfügung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer. Krankenhäuser oder Ärzte werden im Fall der Fälle immer erst prüfen, ob dort eine Registrierung erfolgt ist (www.vorsorgeregister.de).

Damit keine Zweifel an der Aktualität Ihrer Wünsche aufkomme, wird empfohlen, diese Verfügung spätestens alle zwei Jahre zu erneuern. Sie können aber auch über eine Verlängerungserklärung bestätigen, dass der Inhalt der Verfügung noch immer Ihren Vorstellungen entspricht. Ein entsprechendes Formular finden Sie am Ende dieser Formularsammlung.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

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

Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon

eMail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon

eMail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon

eMail

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

1.

3.

2.

4.

Ort, Datum

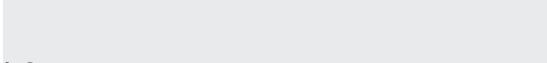
Unterschrift

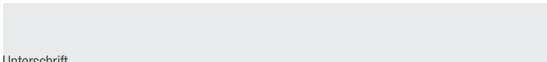
Wichtiger Hinweis: Damit keine Zweifel an der Aktualität Ihrer Wünsche aufkomme, wird empfohlen, diese Verfügung spätestens alle zwei Jahre zu erneuern. Sie können aber auch über eine Verlängerungserklärung bestätigen, dass der Inhalt der Verfügung noch immer Ihren Vorstellungen entspricht. Ein entsprechendes Formular finden Sie am Ende dieser Formulareammlung.

Verlängerung der Vorsorgevollmacht

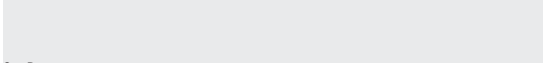
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Vorsorgevollmacht vom  weiterhin Gültigkeit haben soll.

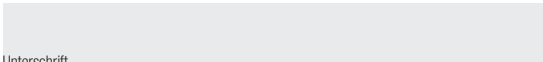
Bestätigung


Ort, Datum

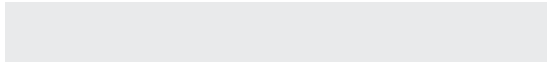

Unterschrift

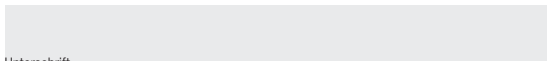
Bestätigung


Ort, Datum

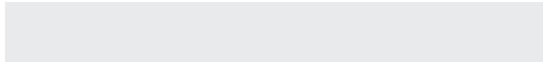

Unterschrift

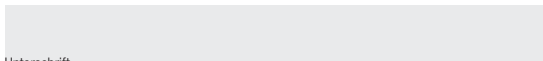
Bestätigung


Ort, Datum

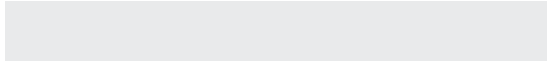

Unterschrift

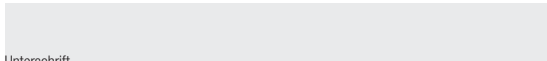
Bestätigung


Ort, Datum

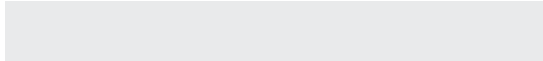

Unterschrift

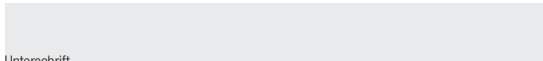
Bestätigung


Ort, Datum

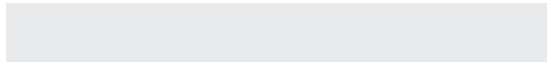

Unterschrift

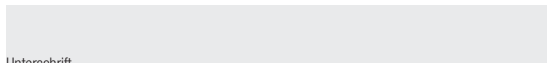
Bestätigung


Ort, Datum

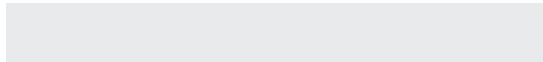

Unterschrift

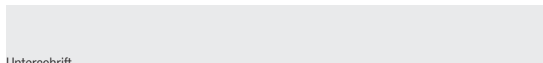
Bestätigung


Ort, Datum

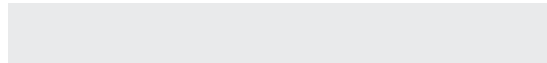

Unterschrift

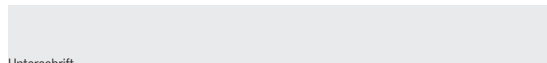
Bestätigung


Ort, Datum

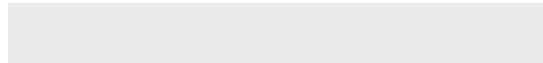

Unterschrift

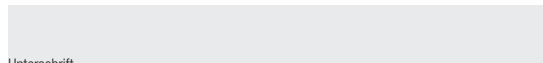
Bestätigung


Ort, Datum


Unterschrift

Bestätigung


Ort, Datum


Unterschrift

Legen Sie diese Verlängerungsbestätigung bitte zu Ihrer Vorsorgevollmacht in Ihren Unterlagen ab.

Verlängerung der Patientenverfügung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Patientenverfügung vom weiterhin Gültigkeit haben soll.

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

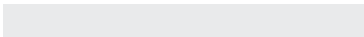
Bestätigung

Ort, Datum

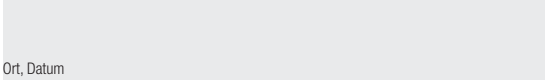
Unterschrift

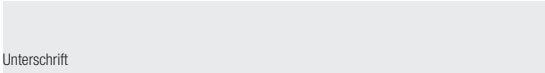
Legen Sie diese Verlängerungsbestätigung bitte zu Ihrer Patientenverfügung in Ihren Unterlagen ab.

Verlängerung der Betreuungsverfügung

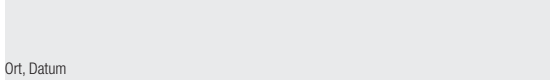
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Betreuungsverfügung vom  weiterhin Gültigkeit haben soll.

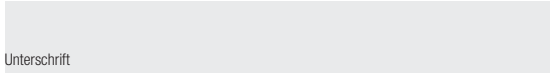
Bestätigung


Ort, Datum

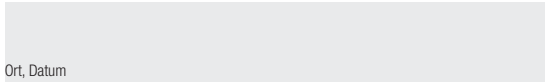

Unterschrift

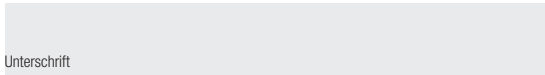
Bestätigung


Ort, Datum

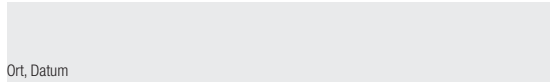

Unterschrift

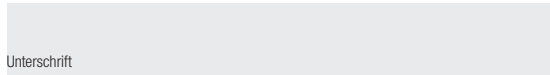
Bestätigung


Ort, Datum

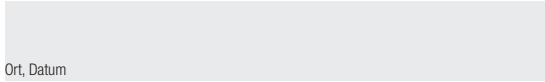

Unterschrift

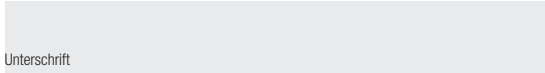
Bestätigung


Ort, Datum

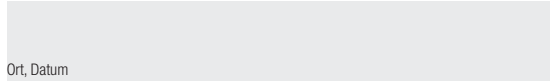

Unterschrift

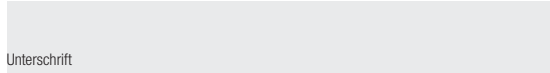
Bestätigung


Ort, Datum

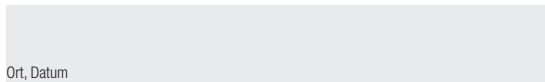

Unterschrift

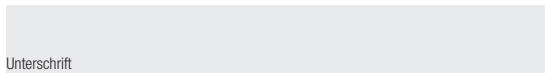
Bestätigung


Ort, Datum

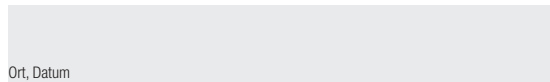

Unterschrift

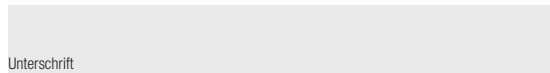
Bestätigung


Ort, Datum

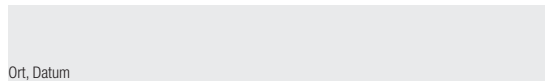

Unterschrift

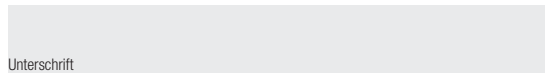
Bestätigung


Ort, Datum

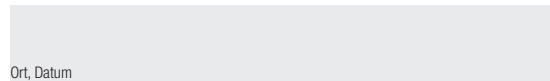

Unterschrift

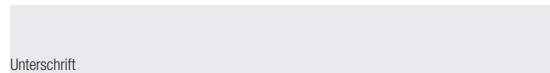
Bestätigung


Ort, Datum


Unterschrift

Bestätigung


Ort, Datum


Unterschrift

Legen Sie diese Verlängerungsbestätigung bitte zu Ihrer Betreuungsverfügung in Ihren Unterlagen ab.