

# Betreuungsverfügung

Ich,

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

schlage für den Fall, dass ich aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann,

**folgende Person als meinen gesetzlichen Betreuer vor:**

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

**ersatzweise**

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

**In keinem Fall wünsche ich, dass folgende Person/en  
zu meiner Betreuung bestellt wird/werden:**

Familiennamen: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Familiennamen: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ich habe folgende Wünsche und Vorstellungen zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer, z.B. folgende Fragen betreffend:**

*Von wem und wie möchte ich versorgt werden, wenn ich pflegebedürftig werde? In welches Pflegeheim möchte ich, wenn dies erforderlich ist?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Diese Betreuungsverfügung entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familiennamen: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

die Betreuungsverfügung vom \_\_\_\_\_ (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und einsichtsfähig ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel

Ich bestätige, dass der o.g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner Betreuungsverfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und einsichtsfähig war.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel