

PROJEKT

Patientenbeistandschaft

VBV übernimmt Vollmacht in der Patientenverfügung

I. Problemlage

Es wenden sich immer wieder Menschen an den VBV, die keine Angehörigen haben und niemand wissen, den sie als Vertrauensperson in ihrer Patientenverfügung einsetzen können. Die Frage der Bevollmächtigung wurde in der Vergangenheit so gelöst, dass bei der Patientenverfügung Mitarbeiter des VBV in der Vollmacht eingesetzt werden konnten. Dies war die einzige Ausnahme vom Grundsatz, dass Mitarbeiter keine Vorsorgevollmachten übernehmen.

Nachdem jetzt eine langjährige Mitarbeiterin ausgeschieden ist, die in einigen Fällen in der Vollmacht genannt wurde, mussten wir unseren Mitgliedern empfehlen eine andere Regelung zu treffen.

Nachteil der bisherigen Praxis war, dass die Vollmachtgeber dem Bevollmächtigten nur flüchtig bekannt sind. Zwar wird bei VIA ein „Sozialdatenblatt“ ausgefüllt – aber Details zur Patientenverfügung sind dort nicht enthalten.

II. Problemlösungen

In der Patientenverfügung wird künftig der Verein benannt. Der Verein ist eine juristische Person (e.V.) und wird vom Vorstand vertreten. Der Verein macht von der Ermächtigung in Ziff. 8 der Patientenverfügung Gebrauch (Erteilung einer Untervollmacht) und bevollmächtigt Mitarbeiter des VBV, die besonders geschult werden (Patientenbeistand).

So ist gewährleistet, dass bei Ausscheiden und Neueinstellung von Mitarbeitern nicht mehr die Patientenverfügungen geändert werden müssen, sondern nur die Untervollmacht des Vereins.

III. Mehr Informationen über die Einstellung der Verfügenden.

Zusätzlich zur Patientenverfügung wird eine Anlage „Patientenbeistandschaft“ ausgefüllt, die es dem VBV-Mitarbeiter erleichtern soll, die Entscheidungen auf Grund der Patientenverfügung durchzusetzen. Diese Anlage wird künftig z.B. in dem „workshop“ der Schreibwerkstatt weiterentwickelt.

In Zweifelsfällen nehmen die Mitarbeiter auch Kontakt zu der Ethikkommission des Krankenhauses auf. Die betreffenden Mitarbeiter werden speziell geschult, erhalten Supervision und nehmen an Fachtagungen zu den Themen „Patientenverfügung“, „Sterbebegleitung“ und „Betreuung“ teil.

Sie wollen eine Patientenverfügung erstellen ? Wir helfen Ihnen dabei (Spende erbeten).

Sie halten den Entwurf einer Patientenverfügung des VBV in den Händen, der vielfach erprobt ist. Er ist sehr ausführlich, damit alle Situationen, für den Fall, in dem Sie selbst keine Entscheidungen mehr treffen können, abgedeckt sind.

Da es sich nicht um ein Formular zum Ankreuzen handelt, sondern Sie die Möglichkeiten haben, individuell Entscheidungen zu treffen, sollten Sie den Vordruck genau durcharbeiten. **Textteile, die für Sie nicht in Frage kommen, sind deutlich zu streichen.** Wenn Sie etwas nicht verstehen – bitte mit Bleistift markieren und bei der Beratung nachfragen.

Sie sollten auf jeden Fall eine kompetente Beratung in Anspruch nehmen!

Am Ende unterschreiben Sie selbst und die Personen Ihres Vertrauens, die einmal für Sie handeln sollen.

Lassen Sie sich beraten

Für die medizinischen Fragen kommt dazu Ihr Hausarzt oder ein Facharzt in Frage. Sollten Sie bereits an einer chronischen Erkrankung leiden, empfiehlt es sich, den Facharzt zu konsultieren. Wichtig ist, dass der Arzt auch die Patientenverfügung unterschreibt und bestätigt, dass es sich um Ihre Unterschrift handelt und Sie einwilligungsfähig sind. Er soll zu seiner Unterschrift den Praxisstempel beifügen.

Eine Beratung über den anderen Inhalt – insbesondere auch über die Verbindung mit anderen notwendigen Vorsorgemaßnahmen wie Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung, erhalten Sie beim VBV (bitte Termin vereinbaren). Wenn wir für Sie die Vorsorgeunterlagen ausfertigen, gibt es dazu einen **Notfallausweis**, den Sie immer mit sich führen sollten. Sie sollten die Daten des Notfallausweises regelmäßig auf die Richtigkeit überprüfen – hat sich evtl. eine Adresse oder Handy-Nummer geändert?

Beachten Sie zusätzlich bitte folgendes:

Aktualisierung

Alle 2 Jahre sollten Sie vermerken, ob Ihre Regelungen noch gültig sind oder ob Sie Änderungen vorgenommen haben. Bei größeren Änderungen oder bei Wegfall einer Vertrauensperson sollten Sie eine neue Verfügung errichten. Sie können gerne nach 2 Jahren auch wieder die Hilfe des VBV in Anspruch nehmen. Seit 1.9.2009 ist gesetzlich geregelt, dass die Patientenverfügung anerkannt wird (§1901 a BGB). Patientenverfügungen, die vor diesem Zeitpunkt errichtet wurden, bleiben gültig.

Wer sollte informiert sein?

Ihr **Hausarzt** sollte auch über die Patientenverfügung informiert sein.

Mit Ihren **Angehörigen** sollten Sie über die Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht bzw. die Betreuungsverfügung sprechen – natürlich auch über Ihre Wünsche (am besten aufschreiben!).

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung können Sie sicherheitshalber bei dem für Ihren Wohnort zuständigen **Amtsgericht** hinterlegen (kostenfrei) und beim Vorsorgeregister der Notarkammer in Berlin registrieren lassen.

Alleinlebenden wird empfohlen, in der Nähe des Telefons deutlich einen Hinweis anzubringen, wer im Notfall zu verständigen ist.

Originale – Kopien

Behalten Sie die Originale bei sich im Vorsorgeordner (erhältlich bei uns).

Informieren Sie die Bevollmächtigten, wo sich der Ordner befindet. Geben Sie an die Bevollmächtigten zur Information nur Kopien heraus, die Sie auch deutlich als „Kopie“ kennzeichnen sollten.

Patientenbeistandschaft

Wer niemand hat, den er mit der Wahrnehmung seiner Interessen bevollmächtigen kann, hat die Möglichkeit, das neue Projekt „Patientenbeistandschaft“ des VBV in Anspruch zu nehmen. In der Patientenverfügung wird als Bevollmächtigter der VBV eingetragen. Der Vorstand des VBV macht von der Möglichkeit der Erteilung einer Untervollmacht (Seite 3 Ziff. 8) Gebrauch und bevollmächtigt besonders geeignete und geschulte ehrenamtliche oder hauptamtliche Mitarbeiter des VBV, Ihre Interessen wahrzunehmen. In diesem Fall ist zu der Patientenverfügung noch ein Zusatzbogen „Wünsche zur Patientenverfügung“ auszufüllen. Soweit Sie in Ihrer Betreuungsverfügung wünschen, dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin des VBV Ihr Betreuer wird (Projekt **VIA**), sollten Sie daran denken, wichtige Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen, bei Ihren Wünschen oder sonstigen Daten im „Sozialdatenblatt“ beim VBV vermerken zu lassen.

Sonstiges im Vorsorgeordner

Natürlich können Sie hier wichtige Unterlagen ablegen – z.B. Versicherungspolice, ein Testament (besser: Hinterlegung beim Amtsgericht), eine Bestattungsanweisung, Sorgerechtsverfügungen (für Eltern mit minderjährigen Kindern), wichtige Dokumente wie Personenstandsurkunden, Stammbuch, Impfausweise, Organspenderausweis, Informationen für den Fall des Falles.

„Am Besten wäre es, ich würde nie einen Betreuer benötigen – aber wenn schon, dann einen Guten“

Wir bilden Betreuer aus (Einführungskurse und Weiterbildungskurse nach den Grundsätzen des hessischen Curriculums). Wir bieten regelmäßige Treffen ehrenamtlicher Betreuer, Angehöriger und Bevollmächtigter an (Team-Ehrenamt immer am 1. Mittwoch des Monats um 18 Uhr im Haus Luise, Bad Homburg-Dornholzhausen – z.T. mit Vorträgen ab 19 Uhr).

Sie sollten Ihren Angehörigen, die für Sie einmal tätig werden sollen, empfehlen, diese Angebote anzunehmen. Sie haben die Sicherheit, von einem gut ausgebildeten Betreuer oder Bevollmächtigten unterstützt zu werden, Ihre Angehörigen wissen, wo sie sich Rat und Unterstützung bei den schwierigen Fragen holen können, mit denen Betreuer zeitweise konfrontiert werden.

Haben Sie ein bisschen Zeit?

Wir suchen Menschen, die für andere eintreten, einen Besuchsdienst oder eine Betreuung übernehmen. Wenn Sie Interesse an einer sinnvollen Aufgabe haben oder in einem engagierten Team mitarbeiten wollen, dann sollten Sie mit uns sprechen.

VBV – gut betreut und gut beraten

VBV, Kaiser-Friedrich-Promenade 74, 61348 Bad Homburg Tel. 06172-41041, 06172-287743
FAX 06172-488323, e-mail: vbv@b-treu.de, Internet: www.vbv-betreuung.de

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

(es sollen nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können)

zu 2. a-e dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Lebenserhaltende Maßnahmen sollen eingestellt werden. Lebensverlängernde Maßnahmen sollen unterbleiben.

Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um menschlichen, pflegerischen und seelsorgerischen (ich gehöre der _____ Kirche an) Beistand und darum, dass nichts gegen den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses unternommen wird.

Ich bitte und verlange jedoch ausdrücklich, dass in diesen Situationen alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ausgeschöpft werden, so dass ich ohne körperliche Schmerzen und seelische Leiden sein kann.

Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mir vertrauten Umgebung zu verbringen, sofern das mit guter pflegerischer und medizinischer Versorgung vereinbar ist. Auch die Unterbringung in einem **Hospiz** kommt für mich in Frage.

3. Insbesondere treffe ich für den Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, den beschriebenen Verlust meiner geistigen Fähigkeiten oder eine lang anhaltende Bewusstlosigkeit, folgende besonderen Verfügungen:

(A) Pflege und menschliche Begleitung: Ich bitte und verlange menschliche, medizinische und seelsorgerische Begleitung, insbesondere menschenwürdige Unterbringung und Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Mund- und Körperpflege.

(B) Schmerz- und Symptombehandlung: Ich fordere eine wirksame und lindernde Behandlung quälender Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Depression und Schlaflosigkeit, wenn eine der unter 2 a – e genannten Situationen eingetreten ist

- auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde,

- auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewusstsein verliere,

- auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird.

(C) Wiederbelebung (Reanimation):

Ich wünsche die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung, wenn eine der unter 2 a – e genannten Situationen eingetreten ist. Ein Notarzt soll nicht zugezogen werden.

(D) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:

Ich wünsche die Unterlassung künstlicher Ernährung (es sei denn, vorübergehend für maximal _____ Wochen/Monate) durch eine Sonde (z.B. PEG-Sonde) oder über die Vene, bei fehlendem Durstgefühl auch die Unterlassung von Flüssigkeitszufuhr, außer wenn diese bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist, wenn eine der unter 2 a – e genannten Situationen eingetreten ist.

(E) Sonstige Verfügungen und Hinweise:

Solange kein von mir oder meinen Bevollmächtigten akzeptierter und aktualisierter medizinischer Behandlungsplan vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier bisher noch nicht angesprochen sind.

(Hier evtl. Regelungen zu künstlicher Beatmung, Dialyse, Gabe von Antibiotika, Sterbehilfe und Organspendeverfügung)

Falls Platz nicht ausreicht: **Anlage**

III. Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten

1. Für den Fall, dass ich aufgrund von Krankheit, Unfall oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann und nicht mehr selbst einwilligungsfähig bin, erteile ich hiermit unter Bezug auf § 1896 II 2 BGB Vollmacht an (Verhältnis angeben – z.B. meine Ehefrau)

(Name, geb.am, in, Anschrift, Tel., mobil, E-Mail) _____

Die Vollmacht umfasst meine Vertretung gegenüber Ärzten, den Angehörigen medizinischer und pflegerischer Berufe, Krankenhäusern, Seniorenheimen und den dort Tätigen als Gesundheitsbevollmächtigte/r.

2. Sollte die/der von mir benannte Gesundheitsbevollmächtigte erklären, dass sie/ er nicht in der Lage oder nicht mehr willens ist, meine Vertretung wahrzunehmen, oder sollte er/sie tatsächlich verhindert sein, so erteile ich eine inhaltsgleiche Vollmacht an

a) (Verhältnis angeben – z.B. Sohn/Tochter)

(Name, geb.am, in, Anschrift, Tel., mobil, E-Mail) _____

ersatzweise (bei Gleichrang „oder“ dann aber Seite 3 Nr.9b ausfüllen!) an _____

b) (Name, geb.am in, Anschrift, Tel., mobil, E-Mail)

evtl. Rangfolge angeben – z.B. “zu a) und b) jeweils alleinvertretungsberechtigt“ oder – zu a) und b) im Gleichrang!!

3. Ich entbinde Ärzte und Institutionen gegenüber meiner/m Gesundheitsbevollmächtigten von der Schweigepflicht und erwarte, dass sie meine/n Gesundheitsbevollmächtigten umfassend aufklären und beraten.
4. Ich erwarte, dass meine Bevollmächtigten sich bei Ausübung der Vollmacht insoweit mit mir verständigen, als es den Umständen nach möglich ist und sich an meinen Werten, Wünschen und Verfügungen orientieren, wie ich sie hier niedergelegt habe und wie sie ihnen sonst bekannt sind. Wenn es möglich ist, sollen sie sich bei ihren Entscheidungen abstimmen und Konsens erreichen.
5. Die Vollmacht umfasst die Erteilung oder Versagung von Einwilligungen in Untersuchungen, Heilbehandlungen und andere ärztliche Eingriffe und zwar auch dann, wenn im Sinne von § 1904 Abs. 1 BGB *) nicht ausgeschlossen werden kann, dass ich aufgrund der Maßnahme oder ihrer Unterlassung schweren oder länger dauernden Schaden erleide oder versterbe.
In diesem Fall ist eine weitere ärztliche Meinung einzuholen.
6. Die Vollmacht umfasst auch Maßnahmen zur Unterbringung (§ 1906 Abs.1 BGB), ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906a Abs.1 u.4 BGB) und sonstige Maßnahmen im Sinne von § 1906 Abs.4 BGB, selbst wenn diese zeitweise oder regelmäßig mit einer Einschränkung meiner Freiheit (z.B. Anbringen von Bettgittern und Medikamente zur Ruhigstellung) verbunden wären. *) **Eine Freiheitsentziehung ist möglichst zu vermeiden.**
7. **Sollten sich Ärzte und Pflegende nicht an meinen Wünschen orientieren, sind meine Bevollmächtigten berechtigt, eine Krankenhausbehandlung abzubrechen und meine Verlegung in ein anderes Krankenhaus, nach Hause, in ein Hospiz oder eine Klinik für Palliativmedizin anzuordnen.**
8. **Die/der Bevollmächtigte/n ist/sind ermächtigt, Untervollmacht zu erteilen.**
9. a) Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Bevollmächtigten soll die Meinung der Bevollmächtigten in der unter 1 und 2 a) und b) aufgeführten Reihenfolge ausschlaggebend sein.
b) (nur bei Gleichrang:) Bei Meinungsverschiedenheiten unter den Bevollmächtigten soll die Meinung von _____ ausschlaggebend sein.
- *) **Hinweis: Bei diesen Entscheidungen ist eine betreuungsgerichtliche Genehmigung einzuholen.**

10. Den Gesundheitsbevollmächtigten stehen Aufwendungsersatz (gemäß § 670 BGB) und Aufwandsentschädigung (gemäß §§ 1835, 1835 a BGB) zu.
11. Ich habe eine Vorsorgevollmacht/ Betreuungsverfügung wegen Besorgung der anderen Angelegenheiten erteilt, die von dieser Patientenverfügung nur insoweit betroffen ist, dass ich bitte, meine Wünsche zu beachten und alles, was zur Erfüllung notwendig ist, zu tun.

Hinweis auf ein evtl. zu beachtendes Anlagenblatt: _____

12. Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

IV. Bestätigungen und Unterschriften

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens. Kopien werden nur zur Information erteilt.

Es gilt nur das Original der Patientenverfügung.

_____, den _____ Unterschrift _____

Ort, Datum und Unterschrift der/s **Vollmachtgeberin/Vollmachtgebers**

Zustimmung des Gesundheitsbevollmächtigten

Ich/Wir kenne/n den Inhalt dieser Patientenverfügung und ich bin / wir sind bereit, im Sinne der Bevollmächtigung tätig zu werden

_____, den _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____

Ort, Datum und Unterschriften der **Bevollmächtigten**

Bestätigung durch einen Zeugen (Hausarzt, Facharzt oder Berater)

Ich bestätige, dass der/die Verfasser(in) dieser Patientenverfügung sie heute in meiner Gegenwart -eigenhändig unterschrieben hat - anerkannt hat, dass er/sie sie selbst unterschrieben hat - und das ich an seiner/ihrer freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Ort, Datum und Unterschrift einer **Zeugin/eines Zeugen**

Stempel

Überprüfung und Bestätigung der Patientenverfügung (empfohlen – nach jeweils 2-3 Jahren ausfüllen)

1. Datum _____ Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

2. Datum _____ Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Hinweise zur Bearbeitung dieses Entwurfs:

- Beachten Sie bitte auch die Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesjustizministeriums (bmjv.de).
 - Lassen Sie sich ausführlich beraten – z.B. bei Ihrem Arzt oder beim VBV.
 - Streichen Sie die nicht gewünschten Textpassagen oder Wörter deutlich und fälschungssicher.
 - Das Original der Patientenverfügung sollte in Ihrem Vorsorgeordner sein.
 - Sie sollten einen Notfallausweis mit sich führen, in dem auch auf die Patientenverfügung hingewiesen wird.
 - Denken Sie bitte daran, möglichst auch eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung zu errichten.
- (Muster in der Info-Broschüre „Betreuungsrecht“ des Bundesjustizministeriums (bmjv.de) oder Ausdruck beim **VBV**, 61348 Bad Homburg, Kaiser-Friedrich-Promenade 74, Tel.06172/41041 – E-mail: vbv@b-treu.de

Wenn Sie keine Angehörigen haben oder niemand wissen, der für Sie handeln könnte, gibt es über den **VBV** Regelungsmöglichkeiten (Projekte VIA, VIA_{plus} und Patientenbeistandschaft).

VBV **Stand: 5/2019**

Anlage zur Patientenverfügung

Name _____ Vorname _____

geb.am _____ in _____

In meiner Patientenverfügung habe ich Regelungen getroffen über Behandlung oder Behandlungsunterlassung für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen zu treffen. Damit meine Bevollmächtigten in meinem Sinne entscheiden können, ist es wichtig sie mit Informationen über meine Einstellungen zu Leben und Tod, über meine Gründe, warum ich bestimmte Behandlungen nicht wünsche und meine Vorstellungen in einer derartigen Situation, zu informieren. Je mehr sie von mir wissen, um so besser können sie meine Interessen vertreten.

Bild oder
Kopie
Personal-
ausweis

Die folgenden Fragen zu meinen „eigenen Wertvorstellungen“ sollen helfen, meine persönlichen Wünsche zu kennen und meine Einstellung zum eigenen Leben und Sterben zu bedenken und aufzuschreiben.

(Quelle: Gian Domenico Borasio „Über das Sterben“):

1 Wie sind Sie bisher mit leidvollen Erfahrungen in Ihrem Leben umgegangen?

2 Haben Sie sich dabei von anderen helfen lassen?

3 Haben Sie Angst, anderen zur Last zu fallen?

Oder sind Sie der Meinung, dass Sie sich getrost helfen lassen dürfen?

4 Wollen Sie noch möglichst lange leben? Ist Ihnen die Intensität Ihres zukünftigen Lebens wichtiger als die Lebensdauer? Geht Ihnen die Qualität des Lebens vor Quantität oder umgekehrt, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist?

5 Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Wie gehen Sie damit um?

6 Gibt es für Sie einen Unterschied in der Wertung zwischen geistiger und körperlicher Behinderung?

7 Was wäre für Sie die schlimmste Form einer Behinderung?

-2-

VBV – gut betreut und gut beraten

VBV, Kaiser-Friedrich-Promenade 74, 61348 Bad Homburg Tel. 06172-41041,
FAX 06172- 488323, e-mail: vbv@b-treu.de, Internet: www.vbv-betreuung.de

Stand 10/2018

Anlage zur Patientenverfügung

8 Welches Mindestmaß an Selbstständigkeit ist für Ihre Lebensqualität unbedingt notwendig?

9 Können Sie sich vorstellen weiterzuleben, wenn Sie nicht mehr mit den Menschen in Ihrer Umgebung kommunizieren können?

10 Gibt es viele „unerledigte“ Dinge oder Aufgaben in Ihrem Leben, für deren Regelung Sie unbedingt noch Zeit brauchen?

11 Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Lebensgestaltung?

12 Und welche Rolle spielt sie in Ihren Zukunftserwartungen, auch über den Tod hinaus?

13 Welche Rolle spielen Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen in Ihrem Leben?

14 Haben Sie gern vertraute Menschen um sich, wenn es Ihnen schlecht geht, oder ziehen Sie sich lieber zurück?

15 Können Sie sich vorstellen, einen Menschen beim Sterben zu begleiten?

16 Würden Sie eine solche Begleitung für sich selbst wünschen?

Weitere Informationen gegebenenfalls auf einem weiteren Blatt.

Ort _____, Datum _____

Unterschrift _____

VBV – gut betreut und gut beraten

VBV, Kaiser-Friedrich-Promenade 74, 61348 Bad Homburg Tel. 06172-41041,
FAX 06172- 488323, e-mail: vbv@b-treu.de, Internet: www.vbv-betreuung.de

Stand 10/2018