

ANTRAG ZUR HINTERLEGUNG

meiner Standard-Patientenverfügung

Bitte zurücksenden an:

ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG des HVD

Wallstraße 65

10179 Berlin

Sie fühlen sich unseren Zielen des humanen Sterbens und der Selbstbestimmung am Lebensende verbunden? Wir sind auch für Sie da, wenn Sie – oder Ihre Bevollmächtigten – später einmal unsere kompetente Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Sicher haben Sie Verständnis, dass dies **nur unseren Fördermitgliedern** angeboten werden kann. Wenn Sie unsere gemeinnützige Arbeit fördern möchten, können Sie dies per **umseitiger Erklärung** tun.

- Wir **verwahren** Ihre Patientenverfügung (Hinterlegung)
- Wir **erinnern** Sie an die regelmäßige Durchsicht
- Wir **sorgen** dafür, dass Ihr Wille zur Kenntnis gebracht wird

Exklusiver Patientenschutz

Bei einer regelmäßigen Förderung durch Sie gilt: Eine kostenfreie **Hinterlegung** in der ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG des HVD in Berlin ist inbegriffen. Senden Sie uns dazu bitte **ein Original** Ihrer unterschriebenen Patientenverfügung zusammen mit diesem Antrag zurück. Fügen Sie bitte eine **Kopie** Ihrer Gesundheitsvollmacht hinzu (sofern keine Kopie vorhanden, siehe unten). Sie werden dann alle zwei Jahre automatisch **Aktualisierungsmarken** für Ihre Patientenverfügung erhalten.

Zunächst wird auf Wunsch für Sie ein individueller **Notfallpass** im Ausweisformat ausgestellt. Er enthält die in der Akutsituation (ca. innerhalb der ersten 24 Stunden) **wichtigsten Festlegungen**, wie Sie sie in Ihrer Patientenverfügung getroffen haben. Auch Ihre Einstellung zur **Wiederbelebung und Organspende** ist im Notfallpass aufgeführt. Er enthält zudem die wichtigsten Telefon-Nummern – Ihrer Bevollmächtigten und auch der ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG in Berlin. Bei Bedarf kann dort dann dafür gesorgt werden, dass Ihre Dokumente Ärzten, Kliniken, Pflegeheimen und ggf. auch Amtsrichtern zur Kenntnis gelangen. Ein Bereitschaftsdienst ermöglicht dies auch an Sonn- und Feiertagen.

Ja, von mir/von uns als (Ehe-)Paar ist dieser **Patientenschutz erwünscht** (Unterschrift umseitig).

.....
Vor- und Zuname(n)

.....
E-Mail

.....
Adresse

.....
Telefon

So sieht ein Notfallpass aus:

Kurzfassung Ihrer Patientenverfügung auf strapazierfähigem Spezialmaterial:



Informationen, die wir zum Ergänzen Ihres Notfallpasses benötigen, wenn Sie **keine Kopie** Ihrer Gesundheitsvollmacht mitsenden:

Name, Anschrift, Telefon der/des Bevollmächtigten
(sonst bitte ggf. „Betreuer/in erforderlich“ eintragen):

.....

.....

.....
Optional: Name, Anschrift, Telefon Hausarzt/-ärztin:

.....

.....

Erklärung zur regelmäßigen Förderung

Vor- und Zuname(n)

(Telefon und Adresse wie umseitig)

Geb.-Datum (-Daten)

- Mir (uns) ist das Recht auf Selbstbestimmung, Würde am Lebensende und humanes Sterben wichtig. Deshalb möchte ich (möchten wir als Paar gemeinsam) Fördermitglied im HVD Berlin-Brandenburg* werden, um die ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG in Berlin zu unterstützen.

Wir sind gemeinnützig und können Ihnen eine **steuerlich absetzbare Bescheinigung** zusenden.

- Ich nehme eine **Hinterlegung** meiner Patientenverfügung in Anspruch und wünsche einen **kostenfreien Notfallpass** (siehe umseitig).

Ich versichere, dass ich von mir ggf. bevollmächtigte Personen informiert habe und diese mit der Speicherung ihrer Kontaktdaten zum Zweck der anschließenden Hinterlegung einverstanden sind.

X

Datum, Unterschrift(en) der hinterlegenden Person(en)

bei Paaren der zweiten hinterlegenden Person

Meine (bzw. unsere) Zuwendung soll betragen: € monatlich.

Bitte tragen Sie **mindestens € 5** ein (für Paare gemeinsam bitte mindestens € 7,50). Ein höherer Förderbeitrag ist nach eigenem Ermessen zu bestimmen. Wenn Sie sich an Richtwerten zur Selbsteinstufung orientieren möchten: Diese sehen einen monatlichen Beitrag von € 5,50 / € 9,50 / € 15 (usw.), je nach Monatseinkommen ab € 1.100 / ab € 1.700 / ab € 2.250 (usw.) vor. Die ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG wird ausschließlich durch Fördermitglieder und Spender/innen sowie durch (Bearbeitungs-)Gebühren finanziert. Sie ist unabhängig von staatlicher oder sonstiger Förderung.

Für Ihren Fördermitgliedsbeitrag ist bitte ein Lastschriftmandat zu erteilen, damit wir Ihren Beitrag nicht für zusätzliche Verwaltungskosten (Kontrolle von Selbsteinzahlungen, Mahnschreiben usw.) verwenden müssen.

Mein (unser) Beitrag soll halbjährlich (Mitte Januar und Juli) jährlich (Mitte Juli) **gezahlt werden.** Liegt kein Eintrag vor, gilt ein jährlicher Einzug. Bei Neueintritt wird der anteilige (Halb-)Jahresbeitrag fällig.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige(n) den Humanistischen Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. (im Folgenden HVD BB genannt) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Beitragszahlung bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto **mittels Lastschrift einzuziehen.**

Kontoinhaber/in

Kreditinstitut

DE
IBAN

BIC

X

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Ich wünsche

- nur Post** meine Patientenverfügung betreffend, d.h. keine Verbandspost des HVD BB.
 auch gelegentlich Verbandspost des HVD zu anderen Themen.

* Als Fördermitglied fördern Sie mit Ihrem Beitrag ausschließlich ein bestimmtes Projekt des HVD BB (hier die ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG). Sie sind kein ordentliches Mitglied, d.h. Sie haben im HVD kein Stimmrecht und können sich auch nicht zur Wahl stellen.