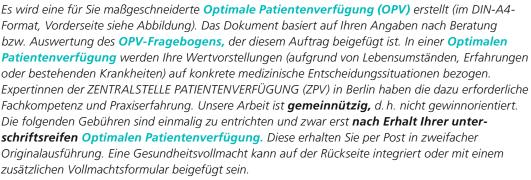


## **AUFTRAG**

Bitte zurücksenden an: **ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG des HVD** Wallstraße 65 10179 Berlin

## Zur Erstellung einer Optimalen Patientenverfügung (OPV)

- Wir erstellen Dokumente, auf die Sie sich verlassen können.
- Wir beraten Sie telefonisch, persönlich und schriftlich.
- Wir unterstützen Sie bei Ihren individuellen Vorstellungen.
- Wir **erklären** Ihnen, worum es jeweils medizinisch geht.



Ich bitte zur <b>regulären Gebühr</b> ☐ um individuelle Anfertigung für € 140 ☐ bei (Ehe-)Paaren pro Person für € 100	um in	zur <mark>ermäßigten Gebühr / zum Sozialtarif</mark> dividuelle Anfertigung für € 70 über ALG, Grundsicherung o.ä. liegt bei	
Sofern Sie das u.g. Angebot nicht nutzen mö	ichten, werden II	nre Angaben zeitnah nach Gebührenbegleichung gelöscht.	
Vor- und Zuname(n) / (gemeinsame) Adresse	•••••	Telefon	• • •
	X		
F-Mail	Datum	Untorschrift	• • •

## Patientenschutz-exklusives Angebot für unsere Förderer

- Wir verwahren Ihre Dokumente (Hinterlegung in der ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG des HVD in Berlin).
- Wir **erinnern** Sie an Durchsicht und prüfen auch später, ob alles noch stimmt.
- Wir **helfen** auch denjenigen, die einmal Ihre Patientenverfügung anzuwenden haben.



Notfallpass aus strapazierfähigem Spezialmaterial

Wenn Sie auf der **umseitigen Erklärung** regelmäßiger Förderer (oder Mitglied) werden möchten, ist darin die mögliche **Hinterlegung** Ihrer Patientenverfügung (PV) inbegriffen. Wir senden Ihnen alle zwei Jahre automatisch **Aktualisierungsmarken** für Ihre hinterlegte Patientenverfügung zu.

Sie erhalten einmalig kostenfrei einen **individuell erstellten Notfallpass** im Ausweisformat. Er enthält **in Kurzform** die in der Akutsituaton (ca. innerhalb der ersten 24 Stunden) **wichtigsten** Festlegungen, die Sie in Ihrer PV getroffen haben. Auch Ihre Einstellung zu **Wiederbelebung und Organspende** wird auf den ersten Blick im Notfallpass ersichtlich. Er enthält zudem die wichtigsten Telefon-Nummern, auch die der ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG des HVD. Bei Bedarf sorgt diese dann dafür, dass Ihre ausführlichen Dokumente Ärzten, Kliniken, Pflegeheimen und ggf. auch Amtsrichtern zur Kenntnis gelangen. Ein **Bereitschaftsdienst** ermöglicht dies **auch an Sonn- und Feiertagen.** 

## Erklärung zur regelmäßigen Förderung



Vor- und Zuname(n), (Adresse und Telefon wie umseitig)	GebDatum	Deutschlands
In der "Ich-Form" kann die/der Lebens-/Ehepartner_in mit gleis		
a	and managed embergers em	
Ich möchte Fördermitglied* im HVD Berlin-B ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG (ZPV humanes Sterben sowie Würde am Lebensende	/) zu unterstützen. Das Re	echt auf selbstbestimmtes und
Alternativ (oder ergänzend zur Förderung der ZPV) Als dessen Mitglied haben Sie dann denselben Ans Datenschutzerklärung) anzukreuzen sind.		
Ich wünsche die Hinterlegung meiner Patienter versichere, dass ich von mir ggf. bevollmächtigte ihrer Kontaktdaten zum Zweck der anschließend	Personen informiert habe u	ınd diese mit der Speicherung
Meine (bzw. unsere) Zuwendung soll betragen:	€monatlich (ste	euerlich absetzbar!)
Wenn Sie sich dabei an der Selbsteinstufung für H (ab Nettoeinkommen) von ca. 5,50 € ab € 1.000 €	3	5
Bitte tragen Sie <b>mindestens 5 € ein</b> (für Paare	mindestens <b>7,50 €</b> ).	
<b>Die Zahlung soll</b> 🔲 <b>halbjährlich</b> (im Januar	und Juli) 🗌 <b>jährlich</b> (im	n Juli) <b>erfolgen.</b>
Für Ihren Fördermitgliedsbeitrag ist bitte ein Lastsc wir nicht unnötig für Verwaltungskosten verwende		das Beitragsaufkommen möchter
Kreditinstitut IBAN  X  Datum  * entspricht dem satzungsmäßigen Status einer Fördermitglied.	schaft für einen bestimmten Zwe	Unterschri Unterschri e <b>ck</b> ohne Stimmrecht im HVD
(Humanistischer Verband Deutschlands), Landesverband Berli ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG des HVD gegründet,	die Sie damit ausschließlich (!) fo	ördern.
Ich möchte (nach Wohnort) meinem HVD-La sind weltanschauliche Vertretung, Gemeinschaft  □ als Fördermitglied (ca. 60 € /Jahr Mindestbeitra  □ als (Voll-)Mitglied □ noch unbestimmt, wür  Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten d  Die mit der ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG koope  Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und H  Notfallpasses erfolgt nach Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft	t und Praxis eines weltlicher ag) nsche dazu Unterlagen orthin weitergereicht werde erierenden HVD-Landesverbände amburg. Die kostenfreie Hinterle	n <b>Humanismus wichtig.</b> en. e sind die in Niedersachsen,
sind weltanschauliche Vertretung, Gemeinschaft  □ als Fördermitglied (ca. 60 € /Jahr Mindestbeitra  □ als (Voll-)Mitglied □ noch unbestimmt, wür  Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten d  Die mit der ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG koope  Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und H	t und Praxis eines weltlicher ag) nsche dazu Unterlagen orthin weitergereicht werde erierenden HVD-Landesverbände lamburg. Die kostenfreie Hinterle ft dort.	n <b>Humanismus wichtig.</b> en. e sind die in Niedersachsen,