

VORSORGE MAPPE



WER - WAS - WO

Informationen, Kontakte und
Wünsche für eine selbstbestimmte
Zukunft.

Vor- und Nachname

Anschrift (Straße | Hausnummer | PLZ | Ort)

Datum

Aktualisierungen (Datum)

WICHTIGE HINWEISE:

Diese Mappe dient Ihrer persönlichen Vorsorge und der Klarstellung von Wünschen und rechtlichen Angelegenheiten. Bitte halten Sie den Inhalt immer am aktuellen Stand.

Diese Vorsorgemappe enthält sensible Informationen, daher bewahren Sie sie sicher auf und teilen Sie die Inhalte nur mit ihren Vertrauenspersonen.

„Wie fülle ich meine Vorsorgemappe aus?“

Diese Mappe ist Ihr ganz persönlicher Rettungsring - für den Tag, an dem andere für Sie handeln müssen. Nehmen Sie sich in Ruhe Zeit - am besten gemeinsam mit einer Vertrauensperson.

Verwenden Sie einen **Kugelschreiber**. Oder - noch komfortabler: Füllen Sie das **Online-Formular** aus unter

www.pettenbach.at/LEBEN_IN_PETTENBACH/Seniorenbeirat/Vorsorge

- Drucken Sie es aus und unterschreiben Sie handschriftlich!

Die handschriftliche Unterschrift ist zwingend erforderlich - nur so ist alles rechtskräftig! Ausnahme: Es Bedarf einer notariellen Beurkundung!

Bei Fragen oder wenn Sie Unterstützung benötigen, wenden Sie sich gerne an uns!

Ihr Seniorenbeirat Pettenbach

Impressum

Vorsorgemappe

Verfasser

Seniorenbeirat Pettenbach

Helmut Altmanninger | Danusa Neuhauser MBA | Rudolf Platzer

Datum der Erstellung / letzten Aktualisierung

11. November 2025

Verzicht auf geschlechtergerechte Sprache

Diese Vorsorgemappe verwendet aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Sprachform. Weibliche und anders lautende Geschlechter sind gleichermaßen gemeint.

Fotoquellen

Sämtliche verwendeten Fotos und Grafiken stammen aus folgenden Quellen:

Gemeinde Pettenbach - Illustration Deckblatt | Adobe Stock (158689426 | 482158314 | 502383222 | 1250550187 | 173531473 | 202335168 | 130930213 | 646439097 | 202167025)

Haftungsausschluss

Die in dieser Vorsorgemappe enthaltenen Informationen, Formulare und Vorlagen dienen ausschließlich der persönlichen Orientierung und ersetzen keine fachliche Beratung durch Ärzte, Notare, Rechtsanwälte oder andere qualifizierte Personen.

Der Verfasser übernimmt keine Haftung für die Vollständigkeit, Richtigkeit oder Aktualität der bereitgestellten Inhalte. Die Nutzung erfolgt auf eigene Gefahr. Für Schäden, die aus der Anwendung der hier bereitgestellten Informationen entstehen, wird keinerlei Haftung übernommen.

Rechtsverbindliche Erklärungen (z. B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Testament) bedürfen in der Regel der notariellen Beurkundung oder eigenhändigen Unterschrift. Es wird dringend empfohlen, alle Dokumente von einem Fachmann prüfen zu lassen.

*Stand: 05. November 2025

Datenschutzhinweise

für diese Vorsorgemappe

Zweck der Verarbeitung

Diese Vorsorgemappe enthält ausschließlich Ihre eigenen personenbezogenen Daten (z. B. Gesundheitsdaten, Vermögensverhältnisse, Kontaktdaten von Angehörigen), die Sie freiwillig eintragen, um im Notfall (Krankheit, Unfall, Todesfall) eine schnelle und rechtssichere Handlungsfähigkeit Ihrer Bevollmächtigten zu gewährleisten.

Rechtsgrundlage

Die Verarbeitung erfolgt auf Basis Ihrer ausdrücklichen Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO für besondere Kategorien personenbezogener Daten – Gesundheitsdaten).

Empfänger der Daten

- Von Ihnen benannte Bevollmächtigte (z. B. Ehepartner, Kinder, Vertrauenspersonen)
- Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen im Notfall
- Notare, Gerichte, Behörden bei Vorlage rechtsverbindlicher Dokumente
- Keine Weitergabe an Dritte außerhalb dieser Zwecke
- Eine Übermittlung in Drittstaaten findet nicht statt

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG

KAPITEL 1 AUFBEWAHRUNG | WICHTIGE TELEFONNUMMERN | KONTAKTPERSONEN

- 1.1 Wo finde ich was - Aufbewahrung
- 1.2 Wichtige Telefonnummern und Kontaktpersonen

KAPITEL 2 PERSÖNLICHE DATEN

- 2.1 Meine persönlichen Angaben
- 2.2 Personen, die im Notfall zu benachrichtigen sind
- 2.3 Begleit-/Betreuungspersonen
- 2.4 Arzt | Krankenhaus | Apotheke
- 2.5 Impfungen | Organspende | Medikamente | Allergien
- 2.6 Ärztliche wiederkehrende Behandlungen | Diverse Ausweise
- 2.7 Behinderung | Pflegegeld
- 2.8 Wünsche bei Betreuung und Pflege

KAPITEL 3 FINANZEN | VERSICHERUNGEN

- 3.1 Bankangelegenheiten | Einkommen | Finanzen
- 3.2 Versicherungen | Finanzamt | Diverses

KAPITEL 4 BETREUUNGSVERFÜGUNG

- 4.1 Betreuungsverfügung | gesetzliche Vertretung
- 4.2 Besondere Wünsche

KAPITEL 5 VORSORGEVOLLMACHT

- 5.1 Erteilung Vollmacht
- 5.2 Gesundheitsfürsorge | Pflegebedürftigkeit
- 5.3 Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten
- 5.4 Behörden
- 5.5 Vermögensvorsorge
- 5.6 Post | Fernmeldeverkehr
- 5.7 Vertretung | Untervollmacht | Geltung über den Tod hinaus
- 5.8 Weitere Regelungen

KAPITEL 6 PATIENTENVERFÜGUNG

- 6.1 Situationsbedingte Verfügung
- 6.2 Situationen, für die diese Verfügungen gelten soll
- 6.3 Lebenserhaltende Maßnahmen
 - 6.3.1 Schmerz- und Symptombehandlungen
 - 6.3.2 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
 - 6.3.3 Wiederbelebungsmaßnahmen
 - 6.3.4 Künstliche Beatmung
 - 6.3.5 Antibiotikabehandlung
 - 6.3.6 Dialysebehandlung
 - 6.3.7 Blut | Blutbestandteile
 - 6.3.8 Beistand | Ort der Behandlung
 - 6.3.9 Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht
 - 6.3.10 Widerruf Patientenverfügung
 - 6.3.11 Erläuterungen zur Patientenverfügung
 - 6.3.12 Organspende
 - 6.3.13 Informationen | Beratung
 - 6.3.14 Ärztliche Aufklärung | Einwilligungsbestätigung

KAPITEL 7 NACHLASSREGELUNGEN

- 7.1 Nachlassregelung | Informationen zum Testament

KAPITEL 8 BESTATTUNGSVERFÜGUNG

- 8.1 Bestattungsverfügung
- 8.2 Krankensalbung
- 8.3 Bestattungsart
- 8.4 Bestattungsort
- 8.5 Durchführung der Trauerfeier
- 8.6 Teilnehmer und Bestandteile der Trauerfeier
- 8.7 Religiöser Beistand und Trauerrede
- 8.8 Blumenschmuck
- 8.9 Musik
- 8.10 Traueranzeige | Trauerkarten
- 8.11 Grabmal | Grabpflege
- 8.12 Finanzierung der Bestattung
- 8.13 Organisation der Bestattung
- 8.14 Eigenhändigkeitserklärung mit Zeugenbestätigung

EINLEITUNG

In jeder Lebenslage gut vorbereitet -
mit der Vorsorgemappe

EIN BERUHIGENDES GEFÜHL DER VORSORGE

Es ist ein beruhigendes Gefühl, zu wissen, dass auch in Situationen, in denen man selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist, im eigenen Sinn gehandelt wird.

Damit das möglich ist, können Sie im Voraus Personen Ihres Vertrauens bestimmen, die Sie im Ernstfall vertreten sollen.

DIE ROLLE DER VORSORGE MAPPE

Die „Vorsorgemappe“ ist ein wertvolles Werkzeug, das Ihnen hilft, nicht nur Ihre Wünsche und Vorstellungen zu dokumentieren, sondern auch wichtige Informationen festzuhalten. Sie bietet klare Informationen und praktische Vorlagen, um sicherzustellen, dass Ihre Entscheidungen in allen Lebensbereichen respektiert werden.

SO NUTZEN SIE DIE VORSORGE MAPPE:

- **Gemeinsames Durcharbeiten**
Arbeiten Sie die Mappe gemeinsam mit einer vertrauten Person oder einem Angehörigen durch – entweder vollständig oder nur jene Abschnitte, die Ihnen besonders wichtig sind.
- **Strukturierung der Inhalte**
Trennen Sie einzelne Kapitel heraus und legen Sie diese gemeinsam mit den zugehörigen Dokumenten ab.
- **Übersichtlichkeit schaffen**
Durch die klare Struktur entsteht eine Mappe, in der alle Ihre persönlichen Wünsche und Anweisungen schnell griffbereit sind.

WICHTIG:

Informieren Sie Ihre Vertrauensperson oder Angehörigen darüber, wo Sie Ihre Vorsorgemappe aufbewahren, damit im Notfall rasch gehandelt werden kann.

WO BEKOMMEN SIE DIE VORSORGE MAPPE:

- Online zum Download unter
www.pettenbach.at/LEBEN_IN_PETTENBACH/Seniorenbeirat/Vorsorge
- Gemeindeamt Pettenbach

Sie möchten lieber blättern statt klicken?

Bei Ihrer Gemeinde sowie an unseren Veranstaltungen überreichen wir Ihnen gerne persönlich eine druckfertige Vorsorgemappe gegen einen geringen Druckkostenbeitrag.

BITTE BEACHTEN SIE:

Die Vorsorgemappe ist ein wertvolles Werkzeug zur Vorbereitung auf zukünftige Entscheidungen. Für die rechtliche Gültigkeit von Vollmachten ist jedoch eine formelle Beurkundung erforderlich (z.B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung)

Beurkundungsmöglichkeiten

- **Notariat:**
Ein Notar kann Ihre Vollmachten beurkunden und Ihnen rechtliche Sicherheit bieten. Dies ist eine gängige und vertrauenswürdige Möglichkeit, um Ihre Dokumente rechtsgültig zu machen.
- **Rechtsanwaltskanzlei:**
Auch ein Rechtsanwalt kann die Beurkundung Ihrer Vollmachten übernehmen. Dies kann besonders vorteilhaft sein, wenn Sie rechtliche Fragen oder spezielle Anliegen haben, die über die reine Beurkundung hinausgehen.
- **Erwachsenenschutzverein:**
Diese Organisationen bieten ebenfalls Dienstleistungen zur Beurkundung von Vollmachten und anderen rechtlichen Dokumenten an. Sie können wertvolle Unterstützung und Beratung bieten, insbesondere wenn es um Fragen des Erwachsenenschutzes geht.

Indem Sie diesen Schritt unternehmen, stellen Sie sicher, dass Ihre Wünsche und Anweisungen rechtlich anerkannt und wirksam sind!

DIE VORSORGE MAPPE - EIN KLEINES HERZENSPROJEKT AUS PETTENBACH

Diese Unterlagen sind das Ergebnis eines gemeinsamen Projekts des Seniorenrats Pettenbach. Der Seniorenbeirat Pettenbach, bestehend aus den drei engagierten Mitgliedern Helmut Altmanninger, Danusa Neuhauser MBA und Rudolf Platzer, hat die Inhalte mit Sorgfalt und Hingabe nach dem Vorbild bewährter Vorsorgeunterlagen zusammengestellt.

Zudem wurden sie grafisch ansprechend aufbereitet, um die Nutzung zu erleichtern und den Zugang zu wichtigen Informationen zu gewährleisten.

Wir hoffen, dass Ihnen die Auseinandersetzung mit diesen Themen ein beruhigendes Gefühl vermittelt, wichtige Angelegenheiten rechtzeitig geregelt zu haben.

„Möge Ihr Lebensweg stets von Gesundheit,
Zufriedenheit und unvergesslichen
Momenten begleitet sein.“

KAPITEL 1

Aufbewahrung
Wichtige Telefonnummern
Kontaktpersonen



1.1 Wo finde ich was - Aufbewahrung

Wir empfehlen, dass Sie jedes Kapitel, das Sie bearbeiten, mit den entsprechenden Dokumenten in einem gemeinsamen Ordner verwahren. Wenn dies aus Platzgründen nicht möglich ist, dann können Sie hier angeben, wo sich die einzelnen Ordner befinden:

Persönliche Daten | Dokumente | Impfpass | Allergiepass usw.

Ordnername:

Aufbewahrungsort:

Finanzen | Einkommen | Ersparnisse

Ordnername:

Aufbewahrungsort:

Zugangsdaten | Passwörter

Ordnername:

Aufbewahrungsort:

Versicherungen

Ordnername:

Aufbewahrungsort:

Verfügungen (Betreuung | Patienten | Bestattung)

Ordnername:

Aufbewahrungsort:

Vorsorgevollmacht

Ordnername:

Aufbewahrungsort:

Vollmacht für die Zwecke der Sozialversicherung

Ordnername:

Aufbewahrungsort:

Nachlassregelung | Testament

Ordnername:

Aufbewahrungsort:

1.2 Wichtige Telefonnummern | Kontaktpersonen

Im Notfall die richtigen Telefonnummern und die wichtigsten persönlichen Daten zur Hand zu haben, kann entscheidend sein:

Polizei	Notruf 133
Feuerwehr	Notruf 122
Rettungsdienst	Notruf 144
Euro-Notruf	112
Krankentransport ÖRK	14844 (ohne Vorwahl!)
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	141
Gesundheitsberatung	1450
Apothekennotruf	1455
Örtliche Apotheke	

Hausarzt | Hausärztin

Name:

Telefon:

Facharzt | Fachärztin

Name:

Telefon:

Pfarramt

Name:

Telefon:

Sonstiges

Name:

Telefon:

KAPITEL 1

Kontaktpersonen | Wichtige Angehörige

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Kontaktpersonen | Wichtige Angehörige

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Vertrauter | Nachbarn

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Bevollmächtigter

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Persönlich wichtige Rufnummern

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Persönlich wichtige Rufnummern

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Persönlich wichtige Rufnummern

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Persönlich wichtige Rufnummern

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Persönlich wichtige Rufnummern

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

KAPITEL 2

Persönliche Daten



2.1 Meine persönlichen Angaben

Persönliche Angaben zu meiner Person

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort & Muttersprache

Versicherungsträger/-nummer

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Staatsangehörigkeit

Pass-/Ausweisnummer

Familienstand

Beruf

Religionsbekenntnis

Blutgruppe

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Schlüsselverwahrung

Wo gibt es einen „Notfallschlüssel“? Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen!

Hausschlüssel

Wohnungsschlüssel

Safeschlüssel ohne Code

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Wohnungseigentümer

Ich wohne in meiner Eigentumswohnung / meinem eigenen Haus

Ich wohne in einer Mietwohnung (bitte unten angeführte Felder ausfüllen!)

Kontaktdaten des Vermieters

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

2.2 Personen, die im Notfall zu benachrichtigen sind**Angaben zum Notfallkontakt**

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Angaben zum Notfallkontakt

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

KAPITEL 2

Angaben zum Notfallkontakt

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Angaben zum Notfallkontakt

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Angaben zum Notfallkontakt

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

2.4 Ärzte | Krankenhaus | Apotheke

Hausarzt

Ansprechperson

Telefon

Fachärzte

Ansprechperson

Fachbereich

Telefon

Ansprechperson

Fachbereich

Telefon

Ansprechperson

Fachbereich

Telefon

Krankenhausärzte

Ansprechperson

Fachbereich

Telefon

Ansprechperson

Fachbereich

Telefon

Ansprechperson

Fachbereich

Telefon

Apotheke

Ansprechperson

Ort

Telefon

Ansprechperson

Ort

Telefon

Ich bin von der Rezeptgebühr befreit

Ja

Nein

2.5 Impfungen | Organspende | Allergien | Medikamente

Impfungen

Impfpass vorhanden: Ja Nein

Durchgeführte Impfungen laut angefügtem Nachweis:

Organspende

In Österreich gilt die Widerspruchsregelung, d.h. jeder kann Organspender werden, welcher sich nicht ausdrücklich dagegen ausgesprochen hat.

Der Widerspruch wird durch eine Eintragung im Widerspruchsregister (www.goeg.at/Widerspruchsregister) geregelt.

Information und Eintragung: Telefon: 01/515 61, E-Mail: wr@goeg.at

Körperspende

Körperspende zu wissenschaftlichen Zwecken

Name des Instituts

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Allergien

Allergiepass vorhanden: Ja Nein

Bekannte Allergien:

Besondere Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe von Medikamenten

KAPITEL 2

Medikamentennachweis

Name des Medikaments

Einnahmezeit
Morgens Mittags Abends Nachts

2.6 Ärztliche wiederkehrende Behandlungen

Ambulant

Datum von ... bis ...

Ärztin / Arzt

Diagnose / Behandlungsgrund

Stationär

Datum von ... bis ...

Ärztin / Arzt

Diagnose / Behandlungsgrund

Diverse Ausweise

Behindertenausweis:	Ja	Nein
---------------------	----	------

Antikoagulationsausweis: (Hemmung der Blutgerinnung)	Ja	Nein
---	----	------

Ausweis Grauer Star / Katarakt:	Ja	Nein
---------------------------------	----	------

Organspendeausweis:	Ja	Nein
---------------------	----	------

Notfallpass:	Ja	Nein
--------------	----	------

Implantatsausweis:	Ja	Nein
--------------------	----	------

	Ja	Nein
--	----	------

	Ja	Nein
--	----	------

	Ja	Nein
--	----	------

Schlafgewohnheiten (z.B.: Schlafen bei offenem Fenster, ...)

Soziale Kontakte (z.B.: Ich möchte von ... besucht werden, ...)

Vorlieben und Aktivitäten (z. B.: Kochen, Singen, ...)

Sonstiges:

KAPITEL 3

Finanzen Versicherungen

Geld spielt in jedem Lebensabschnitt eine zentrale Rolle. In diesem Kapitel erstellen Sie einen Überblick über Ihre Finanzen und Versicherungen.



KAPITEL 3

Weiteres Bankkonto

Name der Bank

IBAN

BIC

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Weiteres Bankkonto

Name der Bank

IBAN

BIC

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Weiteres Bankkonto

Name der Bank

IBAN

BIC

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Einkommen (kann herausgenommen werden - dient lediglich als Vorlage)

Einkunftsart

Auszahlende Stelle

Telefon / E-Mail

Lohn / Gehalt

Eigenpension

Witwenpension

Firmenpension

Private Zusatzpension

Mieteinnahmen

Wohnbeihilfe

Pflegegeld

Zuschüsse / Beihilfen

KAPITEL 3

Ersparnisse (kann herausgenommen werden - dient lediglich als Vorlage)

Einkunftsart

Konto / Depot- oder Vertragsnummer / Kennwort

Sparbuch

Sparbuch

Sparbuch

Bausparvertrag

Bausparvertrag

Lebensversicherung

Lebensversicherung

Wertpapiere

Wertpapiere

Bankschließfach

Wertgegenstände

3.2 Versicherungen | Finanzamt | Diverses

Versicherungen (kann herausgenommen werden - dient lediglich als Vorlage)

Gesellschaft	Polizzenummer	Ansprechperson Telefon / E-Mail
Haushaltsversicherung		
Private Haftpflichtvers. (oft Teil der Haushaltsversicherung)		
Eigenheimversicherung		
KFZ-Haftpflichtvers.		
Rechtsschutzvers.		
Lebensversicherung		
Private Arztversicherung		
Private Krankenvers.		
Unfallversicherung		
Vorsorge Pflegevers.		
Sterbeversicherung		
Klassenversicherung		

Finanzamt
Steuernummer

Offene Steuerbescheide

Kalenderjahr

Steuerberatung
Vor- und Nachname

Telefon / E-Mail

Diverse finanzielle Belange

Sonstiges

KAPITEL 4

Betreuungsverfügung

4.1 Betreuungsverfügung | gesetzl. Vertretung

Ich

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

lege hiermit für den Fall fest, dass ich infolge einer Krankheit, Behinderung, Unfall oder einer vergleichbaren Beeinträchtigung meiner Entscheidungsfähigkeit (z.B. Altersschwäche) meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und daher ein Betreuer oder eine Betreuerin als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss.

Vorgeschlagener Erwachsenenvertreter

Ich habe mit dieser Person eine Vertretung vereinbart; sie ist bereit und geeignet.

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

Nein Ja :

Ersatz (falls Primär verhindert)

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

Nein Ja :

Ausschluss

Auf keinen Fall soll folgende Person für die Betreuung bestellt werden:

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

Nein Ja :

4.2 Wünsche

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den gewählten Erwachsenenvertreter äußere ich folgende Wünsche:

Ort | Datum

Unterschrift

KAPITEL 5

Vorsorgevollmacht



5.1 Erteilung Vorsorgevollmacht

Ich

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

erteile hiermit die Vorsorgevollmacht an:

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

Nein Ja :

Diese Vertrauensperson wird bevollmächtigt, mich in allen nachfolgend angekreuzten Angelegenheiten zu vertreten.

Die Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn die bevollmächtigte Person das Original der Vollmachturkunde besitzt und diese auf Verlangen vorlegen kann.

Die eventuelle Unwirksamkeit einzelner Verfügungen in dieser Vollmacht soll die Wirksamkeit der anderen Verfügungen nicht berühren.

5.2 Gesundheitsfürsorge | Pflegebedürftigkeit

Eine Patientenverfügung liegt vor	Ja	Nein
Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege. Sie ist verpflichtet, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen und meinem Patientenwillen Ausdruck und Geltung zu verschaffen	Ja	Nein
Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in dieser Maßnahme widerrufen, auch wenn mit dem Vornehmen, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.	Ja	Nein
Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	Ja	Nein
Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie:		
<ul style="list-style-type: none"> Über meine freiheitsentziehende Unterbringung entscheiden. 	Ja	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B.: Bettgitter, sedierende Medikamente oder ähnlich ruhigstellende Maßnahmen) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung entscheiden. 	Ja	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Über ärztliche Zwangsmaßnahmen entscheiden. 	Ja	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Über meine Einweisung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt. 	Ja	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Sonstiges 		

5.3 Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen	Ja	Nein
Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung, einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	Ja	Nein
Sie darf einen neuen Mietvertrag abschließen und kündigen.	Ja	Nein
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals Heimvertrag) abschließen und kündigen.	Ja	Nein

5.4 Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialversicherungsträgern vertreten. Die umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.	Ja	Nein
--	----	------

5.5 Vermögensvorsorge

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 und zurücknehmen.	Ja	Nein
Namentlich		
• über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen	Ja	Nein
• Zahlungen und Wertgegenstände annehmen	Ja	Nein
• Verbindlichkeiten eingehen	Ja	Nein
• Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten	Ja	Nein
• Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	Ja	Nein

Folgende Geschäfte darf Sie nicht vornehmen:

5.6 Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr, einschließlich aller elektronischen Medien entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B.: Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja

Nein

5.7 Vertretung | Untervollmacht | Geltung

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozess-Verhandlungen aller Art übernehmen.

Ja

Nein

Sie darf Untervollmachten erteilen

Ja

Nein

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

Ja

Nein

5.8 Weitere Regelungen

Ort | Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

Ich kenne den Inhalt dieser Vollmacht und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

Ort | Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Ich

Vor- & Nachname | Anschrift des Zeugen (z. B. Arzt des Vertrauens)

bestätige, dass Herr / Frau

diese Verfügung heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und ich keinen Zweifel daran habe, dass er/sie selbstbestimmt mit eigenem Willen die vorstehenden Entscheidungen getroffen hat.

Ort | Datum

Unterschrift der Zeugin / des Zeugen

Das Wirksamwerden der Vorsorgevollmacht, erfolgt durch Eintritt des Vorsorgefalls und bestätigtem ärztlichen Zeugnis.

Die Rechtswirksamkeit erreicht man durch die Eintragung (Errichtung, Wirksamwerden, und Erlöschen) in das Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis.

KAPITEL 6

Patientenverfügung



6.1 Patientenverfügung

Ich

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgendes:

6.2 Situationen, für die diese Verfügung gelten soll

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Ja

Nein

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja

Nein

Wenn ich in Folge einer direkten Gehirnschädigung und nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach, die unwiederbringliche Fähigkeit erloschen ist, Einsichten zu gewinnen, um Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja

Nein

Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Ja

Nein

Eigene Beschreibung der Anwendungssituationen:

Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen:

6.3 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 6.2 beschriebenen Situationen **wünsche ich, ...**

dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

6.3.1 Schmerz- & Symptombehandlung

eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkung

oder

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Ja

Nein

6.3.2 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn mein Leben verlängert werden kann.

oder

dass eine künstliche Ernährung und/oder künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation erfolgen soll.

oder

dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen soll.

6.3.3 Wiederbelebung

Versuche der Wiederbelebung.

oder

die Unterlassung der Wiederbelebung.

oder

lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese Situation nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

6.3.4 Künstliche Beatmung

eine künstliche Beatmung, falls die mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, 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.

6.3.5 Antibiotika

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Antibiotika.

6.3.6 Dialyse

eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete eingestellt wird.

6.3.7 Blut | Blutbestandteile

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

6.3.8 Ort der Behandlung | Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte einen Beistand durch folgende Personen:

Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft.

hospizlicher Beistand

6.3.9 Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelte Ärzteschaft von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

6.3.10 Aussagen zur Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung.

Der in meiner **Patientenverfügung geäußerte Wille** zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von dem behandelnden ärztlichen Fachpersonal und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertretung - z.B. bevollmächtigte Person/Betreuungsperson - soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollte das ärztliche Fachpersonal oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und /oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertretung (z.B. bevollmächtigte Person/Betreuungsperson) erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht korrekt geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassene ärztliche / pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

meiner bevollmächtigten Person

meiner Betreuungsperson

dem behandelnden Arzt

anderer Person:

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber das behandelnde ärztliche Fachpersonal, das Behandlungsteam, meine bevollmächtigte Person / Betreuungsperson aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinen aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlicher Meinung soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

meiner bevollmächtigten Person

meiner Betreuungsperson

dem behandelnden Arzt

anderer Person:

6.3.11 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung.

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigefügt:

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellung

Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

6.3.12 Organspende

Ich habe einen Organspendeausweis.

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationen zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken nach meinem Tod ab.

6.3.13 Information | Beratung

Ich habe mich vor Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei:

Ich habe mich vor Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch:

6.3.14 Ärztliche Aufklärung | Bestätigung der Einwilligung

Herr/Frau

wurde von mir am _____ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war im vollen Umfang einwilligungsfähig.

Ort | Datum

Unterschrift & Stempel des Arztes

Eine Registrierung ist im Patientenverfügungsregister des österreichischen Notariates möglich. *(Verbindlich bis zu 8 Jahren)*

KAPITEL 7

Nachlassregelung

7.1 Nachlassregelung | Informationen zum Testament

Was zu Lebzeiten gut vorbereitet und entschieden wurde, bringt Ruhe in Krisensituationen. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Entscheidungen, die im Zusammenhang mit dem eigenen Tod und der Bestattung von Angehörigen zu treffen sind.

Ein Testament ist die (jederzeit widerrufliche) Erklärung, an wen das Vermögen zur Gänze oder quotenmäßig übergehen soll. Jede über 18 Jahre alte Person, die im Vollbesitz der geistigen Kräfte ist, kann ein Testament verfassen.

Formen

Die wichtigsten Testamentsformen sind das eigenhändige und das fremdhändige Testament:

- Beim **eigenhändigen Testament** muss das Testament vom Verfasser eigenhändig geschrieben und mit vollem Namen unterschrieben werden. Das eigenhändige Testament kann zu Hause (in der Vorsorgemappe) oder bei einem Notar oder Rechtsanwalt hinterlegt werden.
- Das **fremdhändige Testament** (PC oder dritte Person) muss vom Testamentsverfasser unterschrieben werden. Zusätzlich wird die Unterschrift von drei Zeugen benötigt.

Beachten Sie, dass bei einem Testament einige Formvorschriften einzuhalten sind!

Ein kleiner Formfehler - und Ihr letzter Wille hat keine Gültigkeit! Bitte klären Sie dies unbedingt beim Notar ab!

Die österreichische Notariatskammer führt ein zentrales Testamentsregister, in welchem Testamente registriert werden können.

Nähere Auskünfte dazu und über die Möglichkeiten der Testamentserstellung erhalten Sie bei allen Notaren und Rechtsanwälte.

Das Testament ist nicht der geeignete Ort, um die Bestattung zu regeln, da das Testament erst im Verlassenschaftsverfahren (nach der Bestattung) geöffnet wird.

Ich habe ein Testament erstellt

Das Testament ist hinterlegt/zufinden:

KAPITEL 8

Bestattungsverfügung



8.1 Bestattungsverfügung

Der Leichnam selbst zählt nicht zur Verlassenschaft. Wie der Tote bestattet werden soll, bestimmen die nahen Angehörigen, die das Begräbnis in Auftrag geben.

Sie können letztwillige Wünsche hinsichtlich der Bestattung anordnen, diese dürfen jedoch öffentlich-rechtlichen Vorschriften nicht widersprechen.

Zulässig ist die Anordnung, dass der Verstorbene seinen Körper nach dem Ableben anatomischen Zwecken zur Verfügung stellt. In diesem Fall wenden Sie sich am besten an die medizinischen Universitäten in Wien, Graz oder Innsbruck. Empfehlenswert ist es, die Angehörigen oder den Hausarzt von diesem Wunsch zu informieren.

Bestattungsverfügung von

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Für den Fall meines Todes bestimme ich nachfolgende Vorgehensweise bezüglich der Bestattung meiner sterblichen Überreste.

8.2 Krankensalbung

Ich wünsche eine Krankensalbung

Ja

Nein

Seelsorger:

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

8.3 Bestattungsart

Ich wünsche eine ...

Erdbestattung

Reihengrab

Waldgrab

anonymes Erdgrab

Feuerbestattung

(Erd-)Urnengrab

anonymes Urnengrab

in einer Urnenstelle

Seebestattung

Baumbestattung

Andere Bestattungsart

Gewünschte Kleidung

8.4 Bestattungsort

Ich möchte an folgendem Ort beigesetzt werden

Ich verfüge bereits über eine Grabstätte

Ort | Friedhof | Grabnummer

Eine Grabstätte ist nicht vorhanden.

Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof

Denken Sie darüber nach, ob Sie bereits zu Lebzeiten eine Grabstätte erwerben sollen.

8.5 Durchführung der Trauerfeier

Ich wünsche ...

keine Trauerfeier

eine Trauerfeier am Grab

eine Trauerfeier vor der Beisetzung

eine Trauerfeier vor der Kremation *(bei einer Feuerbestattung)*

8.6 Teilnehmer & Bestandteile der Trauerfeier

Ich wünsche eine Trauerfeier im engsten Familienkreis

Ich wünsche eine Trauerfeier mit Freunden und Bekannten

Ich wünsche eine öffentliche Trauerfeier

Eine Liste der gewünschten Trauergäste habe ich auf einem Beiblatt notiert

Die Trauerfeier soll eine Aufbahrung meines Leichnams beinhalten Ja Nein

8.7 Religiöser Beistand und Trauerrede

Ich wünsche keinen religiösen Beistand

Ich wünsche religiösen Beistand von folgender Kirche/Glaubensgemeinschaft:

Es soll eine Trauerrede gehalten werden

Die Trauerrede soll gehalten werden von:

8.8 Blumenschmuck

Ich wünsche keinen Blumenschmuck

Ich wünsche Blumenschmuck für den Sarg

Ich wünsche Blumenschmuck für die Urne

Ich wünsche Blumenschmuck für das Grab

Meine Wunschblumen

Anstatt von Blumengebinde und Kränze wünsche ich ein Spendenkonto für

8.9 Musik bei der Trauerfeier

Ich wünsche keine Musik

Es kann folgende Musik von einem Tonträger abgespielt werden:

Ich wünsche Livemusik von

8.10 Traueranzeigen | Trauerkarten

Ich wünsche eine Zeitungsanzeige Ja Nein

Text für Zeitungsanzeige

Ich wünsche Trauerkarten Ja Nein

Text für Trauerkarten

8.11 Grabmal | Grabpflege

Ich wünsche ein Grabmal Ja Nein

Ich wünsche, dass die Gestaltung und Inschrift von meinen Angehörigen festgelegt wird

Ich wünsche die Gestaltung und Inschrift wie folgt:

Ich habe einen Dauergrabpflegevertrag abgeschlossen

Name und Anschrift der Friedhofsgärtnerei

Für die langfristige Sicherstellung der Grabpflege soll ein Dauergrabpflegevertrag abgeschlossen werden!

8.12 Finanzierung der Bestattung

Meine Bestattung ist finanziell abgesichert durch
einen Bestattungsvorsorgevertrag

eine Vorsorgeversicherung

ein Sparkonto

Institut

Vertrags-Nr.:

Anschrift

Telefon:

Sonstiges:

8.13 Organisation der Bestattung

Ich beauftrage folgende Person mit der Organisation meiner Bestattung. Ich bevollmächtige diese Person, alle Entscheidungen hinsichtlich der Bestattung zu treffen und Erklärungen gegenüber Dritten abzugeben.

Dabei sollen meine Verfügungen befolgt werden.

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Mobil/Festnetz

E-Mail

8.14 Eigenhändigkeitserklärung

EIGENHÄNDIGKEITSERKLÄRUNG MIT ZEUGENBESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich, dass ich die Angaben aus freiem Willen und ohne äußeren Druck gemacht habe. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Von allen Beteiligten erwarte ich, dass dieser Verfügung in jedem Falle Folge geleistet wird. Sollte eine Bestimmung nicht möglich oder eine Situation nicht hinreichend beschrieben sein, so soll der aus meinen Dokumenten hervorgehender, mutmaßlicher Wille umgesetzt werden.

Ort | Datum

Unterschrift Vollmachtnehmer/in

Ich

Vor- & Nachname | Anschrift des Zeugen (z. B. Arzt des Vertrauens)

bestätige, dass Herr / Frau

diese Verfügung heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und ich keinen Zweifel daran habe, dass er/sie selbstbestimmt mit eigenem Willen die vorstehenden Entscheidungen getroffen hat.

Ort | Datum

Unterschrift des Zeugen

SIE HABEN JETZT ALLES IN DER HAND



„Ihre eigenen Wünsche - in Ihrer ganz persönlichen Handschrift festgehalten, und ein Stück Zuhause, das auch dann noch spricht, wenn Sie selbst gerade nicht können“

Danke, dass Sie vorgesorgt haben!

Seniorenbeirat Pettenbach - Wir sind für Sie da!