



SOZIALAMT KREIS PADERBORN

# Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung

Eine Informationsbroschüre der Betreuungsvereine  
und Betreuungsbehörden im Kreis Paderborn  
und in der Stadt Paderborn

# „Wer klug ist, sorgt vor!“

Unter diesem Wahlspruch informieren die im Stadt- und Kreisgebiet Paderborn tätigen Betreuungsvereine sowie die Betreuungsbehörden der Stadt und des Kreises Paderborn.

Jedem erwachsenen und gesunden Menschen kann es passieren; ein Unfall, eine Krankheit oder eine seelische Krise können dazu führen, dass man auf eine Betreuung angewiesen ist. Aber wer ist dann rechtlich befugt, Unterschriften zu leisten oder Entscheidungen zu treffen, welche die Gesundheit, das Vermögen, den Wohnort oder die Lebensgestaltung betreffen?

Auch Ehegatten oder Kinder können in einem solchen Fall nur mit Vollmachten für Sie eintreten.

Daher ist es wichtig, sich Gedanken über die Vorsorge zu machen und mit vertrauten Menschen darüber zu sprechen. Für diese Art von Vorsorge gibt es im Wesentlichen drei Möglichkeiten, die auch nebeneinander bestehen können:

- 1. Vorsorgevollmacht**
- 2. Betreuungsverfügung**
- 3. Patientenverfügung**

Diese Broschüre bietet Ihnen Informationen und Anregungen sowie Formulierungshilfen, die Sie ganz nach Ihren persönlichen Vorstellungen gestalten können.

# 1. Die Vorsorgevollmacht

---

Die Vorsorgevollmacht als wichtigstes Element des Selbstbestimmungsrechts

Die von Ihnen bevollmächtigte Person kann weitgehend ohne Kontrolle durch das Betreuungsgericht im Notfall für Sie und über Ihre Belange entscheiden. Die Behandlungswünsche des/der Bevollmächtigten müssen in die Entscheidung des Arztes/der Ärztin mit einfließen, genauso als wären sie vom Vollmachtgeber/der Vollmachtgeberin persönlich ausgesprochen worden. In einer Vorsorgevollmacht legen Sie also fest, wer für den Fall, in dem Sie sich selbst nicht mehr äußern können, in Ihrem Namen handeln und entscheiden darf.

Die Erteilung einer Vollmacht setzt Geschäftsfähigkeit voraus, d.h. die Vollmacht muss rechtzeitig, in „guten Tagen“ erteilt werden, was oft schwer fällt, weil man sich gerade dann gedanklich nur ungern mit schlechten Zeiten befasst.

## Wichtig!

- Ehegatten und Kinder können nur mit Vollmacht für Sie rechtsverbindliche Entscheidungen treffen.
  - Die oder der Bevollmächtigte sind nur dann handlungsfähig, wenn sie das Original der Vollmacht in Händen haben.
- 
- Formulieren Sie möglichst eindeutig, was der/die Bevollmächtigte darf und was nicht: Von Finanzgeschäften bis hin zu persönlichen Angelegenheiten, wie z. B. die Auswahl eines Pflegeheimes bis hin zu medizinischen Entscheidungsbefugnissen.
  - Wenn Sie die Regelung Ihrer finanziellen Angelegenheiten lieber in andere Hände legen möchten als die Entscheidungsbefugnisse über z. B. medizinische Fragen, können Sie in einer Vorsorgevollmacht auch unterschiedliche Aufgaben auf mehrere Personen verteilen.
  - Klären Sie unbedingt - bevor Sie eine derartig weitreichende Vollmacht aufsetzen - ob die Person, die Sie bevollmächtigen wollen, bereit ist, diese Aufgabe für Sie zu übernehmen und benennen Sie nach Möglichkeit auch einen Vertreter/eine Vertreterin.

Eine Vorsorgevollmacht ist eine absolute Vertrauenssache. Wird sie wirksam, gibt es nur bei begründetem Verdacht des Missbrauchs die Möglichkeit, durch das Betreuungsgericht eine Kontrollbetreuung einzurichten. Eine Vorsorgevollmacht sollten Sie also wirklich nur dann verfassen, wenn Sie einer Person absolutes Vertrauen schenken.

## Wirksamkeit der Vollmacht

Grundsätzlich bedarf die Vollmacht nicht der Form, die für einen Vertrag oder ein anderes Rechtsgeschäft vorgesehen ist, zu dem die Vollmacht den/die Bevollmächtigten ermächtigt.

Wenn Sie befürchten, dass Ihre Vollmacht angezweifelt werden könnte, oder wenn es um **große Vermögenswerte** geht, ist es ratsam, die Vollmacht mit einem **Notar/einer Notarin** zu verfassen. Sie können eine Vollmacht entweder beurkunden oder beglaubigen lassen. Die Kosten der notariellen Beglaubigung oder Beurkundung richten sich nach der Höhe Ihres Vermögens. Bei der **Beglaubigung** bestätigt der/die NotarIn **ausschließlich die Gültigkeit der eigenhändigen Unterschrift**. Zur Beglaubigung Ihrer Unterschrift sind ebenfalls bestimmte **MitarbeiterInnen der Betreuungsbehörden** berechtigt.

Der Beweiskraft dient es, wenn die Beglaubigung der Unterschrift durch MitarbeiterInnen der Betreuungsbehörde erfolgt. Damit die/der Bevollmächtigte Grundstücksgeschäfte gegenüber dem Grundbuchamt vollziehen kann, ist die öffentliche Beglaubigung der Vollmacht erforderlich, um diese vor dem Grundbuchamt nachzuweisen. Weitere Beispiele für das Erfordernis einer beglaubigten Vollmacht sind Erklärungen, welche die bevollmächtigte Person gegenüber dem Handelsregister abgeben soll, oder auch die Erklärung einer Erbausschlagung. Mit einer öffentlich beglaubigten Vollmacht, die auch zur Vertretung bei Behörden ermächtigt, ist es der bevollmächtigten Person möglich, einen Reisepass oder Personalausweis für den/die VollmachtgeberIn zu beantragen.

Eine beim Notar/bei einer Notarin beurkundete Vollmacht erfüllt die Voraussetzungen auch bei unwiderruflich abgegebenen Vollmachten.

Bei der **Beurkundung** verfasst der/die NotarIn die Urkunde und stellt gleichzeitig fest, dass keine Bedenken bezüglich Ihrer **Geschäftsfähigkeit** bestehen, und er/sie klärt Sie über den Inhalt auf.

Möchten Sie, dass der/die VollmachtnehmerIn von dem Verbot des Inschlaggeschäftes (§ 181 BGB) befreit wird, sollten Sie dies unter dem Punkt 11 „Weitere Verfügungen“ vermerken. Der/die Bevollmächtigte ist nur in der Lage mit sich und in seinem/ihrem Namen Geschäfte abzuschließen, wenn er/sie von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit wird.

Sie können in der Vollmacht auch vorsehen, dass die bevollmächtigte Person weiteren Personen Untervollmacht erteilen darf, die Sie dann im Bedarfsfall vertreten können. Damit legen Sie die Entscheidung über die Untervollmacht aber in die Hände Ihrer Vertrauensperson, daher sollten Sie einen präzisen Zeitrahmen und die genauen Aufgaben formulieren.

Wenn Sie sich entscheiden, keinen Notar / keine Notarin aufzusuchen, lassen Sie sich von Ihrem Hausarzt / Ihrer Hausärztin auf der Vollmacht bestätigen, dass zum Zeitpunkt der Vollmachtenerteilung keine Zweifel an Ihrer Geschäftsfähigkeit bestanden haben.

Banken, Sparkasse und Behörden erkennen die Vollmacht meist nur dann an, wenn die Unterschrift von einer Behörde, einem Geldinstitut oder der Notarin/ des Notares bestätigt wurde. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Hausbank nach den dort gebräuchlichen Vordrucken für Bankvollmachten. Meist wird gewünscht, dass die Vollmacht in Gegenwart eines/einer Bankangestellten unterschrieben wird.

Es empfiehlt sich, von Zeit zu Zeit zu überprüfen, ob zu der bevollmächtigten Person/den bevollmächtigten Personen noch ein Vertrauensverhältnis besteht. Die Vollmacht sollte widerrufen werden, wenn sich das Vertrauensverhältnis negativ entwickelt hat.

**Achtung:** Der/die Bevollmächtigte kann nur handeln, wenn er/sie die Originalvollmacht in den Händen hält. Gleichzeitig sollten die behandelnden Ärzte im Notfall unverzüglich Kenntnis von einer bestehenden Vorsorgevollmacht erhalten. Aus diesem Grunde ist es ratsam, auf einer kleinen Hinweiskarte VollmachtnehmerIn und Aufbewahrungsort der Vorsorgevollmacht zu vermerken und diese Karte zum Personalausweis zu legen.

Es besteht die Möglichkeit die Vorsorgevollmacht bei der Bundesnotarkammer gegen eine aufwandsbezogene Gebühr registrieren zu lassen.

Die Vollmacht/Vorsorgevollmacht kann auch durch weitere Verfügungen ergänzt werden, z. B.

- durch eine Patientenverfügung
- durch Handlungsanweisungen für den/die Bevollmächtigten z. B. Vergütungsregelungen, regelmäßige Zuwendungen an Dritte und Wünsche zur persönlichen Lebensgestaltung.

Es wird empfohlen, die Vollmacht an einem sicheren und für den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte zugänglichen Ort zu verwahren. Grundsätzlich sollten nicht mehrere Exemplare angefertigt werden, um evtl. Missbrauch vorzubeugen. Bedenken Sie, dass sich das Verhältnis zu einer Vertrauensperson auch verändern kann, so dass Sie ggf. die Vollmacht widerrufen und somit zurückfordern müssen.

#### **Folgende Einwilligungen und Anordnungen bedürfen der Zustimmung des Betreuungsgerichts:**

- **Erklärungen zu Heilbehandlungsmaßnahmen (Operationen etc.), wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Patient/die Patientin verstirbt oder einen schweren Gesundheitsschaden zu erleiden droht. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn mit dem Aufschub der Behandlungsmaßnahme Gefahr für Leib und Leben des/der Betroffenen besteht.**  
**Eine Genehmigung der genannten Maßnahmen ist nicht erforderlich, wenn zwischen Bevollmächtigtem/Bevollmächtigter und behandelndem Arzt / behandelnder Ärztin Einigkeit darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem in einer Patientenverfügung festgelegten Willen (§1827 BGB) des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin entspricht.**
- **Erklärungen bei geschlossenen Unterbringungen (z. B. im psychiatrischen Krankenhaus) bei sonstigen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (wie Bettgitter, Bauch- o. Fuß-Gurt, Stecktisch, Medikamente etc.) und bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen.**

Erleichtern Sie dem/der Bevollmächtigten die Hilfe, indem Sie Ihre Bedürfnisse und Wünsche deutlich formulieren und z. B. mit ihm/ihr klären, ob und in welcher Weise er/sie für diese Unterstützung Anerkennung findet. Geben Sie evtl. auch an, ob der Vollmachtnehmer/die Vollmachtnehmerin bei besonderen Anlässen Anstandsschenkungen (z.B. Geschenke im üblichen Rahmen zu Geburtstagen, Weihnachten, etc.) aus Ihrem Vermögen an Familienangehörige machen darf. Bedenken Sie, dass fehlende Vereinbarungen die Position des/der Bevollmächtigten innerhalb der Familie belasten können. Wenn Sie familiäre Spannungen erwarten, besprechen Sie die Angelegenheit bereits bei Vollmachterteilung mit der gesamten Familie.

Im Folgenden finden Sie Formulierungshilfen für eine Vorsorgevollmacht.

# VORSORGEVOLLMACHT

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Geburtstag / Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bevollmächtige **widerruflich**

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Geburtstag / Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## **ab sofort Entscheidungen für mich zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen und mich zu vertreten.**

Sollte der/die von mir oben benannte Bevollmächtigte gehindert sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich in der folgenden Reihenfolge als Bevollmächtigten/Bevollmächtigte:

2. \_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

(Anschrift, Telefon)

3. \_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

(Anschrift, Telefon)

Im Außenverhältnis gilt jede o. g. Person uneingeschränkt als bevollmächtigt.

Die bevollmächtigte Person darf mich in allen Angelegenheiten vertreten, die ich in dieser Vollmacht angekreuzt oder angegeben habe. Andere bestehende Vollmachten bleiben hiervon unberührt und weiterhin in Kraft.

Die Vollmacht ist ausschließlich wirksam, solange die bevollmächtigte Person im Besitz der Original-Vollmachtsurkunde ist und bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes diese Vollmacht im Original vorlegen kann.

## 1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheits-sorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Ja  Nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte be-willigen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Ja  Nein

Die bevollmächtigte Person darf gemäß § 1829 BGB<sup>1</sup> in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, einer Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, die Einwilligung widerrufen oder ablehnen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder aufgrund des Eingriffs einen schweren und länger dauernden Schaden erleide. Hierzu ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes erforderlich, es sei denn, dass mit dem Aufschub der Maßnahme Gefahr verbunden ist.

Ja  Nein

---

---

## 2. Unterbringungen, ärztliche Zwangsmaßnahmen und unterbringungsähnliche Maßnahmen<sup>2</sup>

Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf die bevollmächtigte Person

über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 BGB)

Ja  Nein

über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1832 BGB)

Ja  Nein

über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB)

Ja  Nein

über eine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB) entscheiden.

Ja  Nein

<sup>1</sup> Eine Genehmigung der genannten Maßnahmen ist nicht erforderlich, wenn zwischen der bevollmächtigten Person und dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin Einigkeit darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem in meiner Patientenverfügung festgelegten Willen (§1827 BGB) entspricht.

<sup>2</sup> Hierfür ist gegebenenfalls eine betreuungsrechtliche Genehmigung erforderlich.

### 3. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Die bevollmächtigte Person 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 Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. Ja  Nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja  Nein

### 4. Vermögenssorge

- Die bevollmächtigte Person 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, zurücknehmen, namentlich Ja  Nein
- über Vermögensgegenstände jeder Art inklusive dem unbeweglichen Vermögen verfügen, (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1) Ja  Nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1) Ja  Nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2) Ja  Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. Ja  Nein

#### Hinweise zur Vermögenssorge

**1:** Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens

**2:** Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank / Sparkasse angebotene Konto- / Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank / Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank / Sparkasse sicher eine Lösung finden.



## 5. Vertretung gegenüber Behörden und anderen Leistungsträgern

Sie darf mich bei Behörden und Leistungsträgern, z. B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen, Beihilfestellen und Rententrägern, vertreten.

Ja  Nein

## 6. Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf niedergelegte Schriftstücke, Paket- und sonstige Postsendungen entgegennehmen und öffnen, sowie über den Fernmeldeverkehr/Telekommunikation auch als digitaler Vertreter entscheiden.

Ja  Nein

Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja  Nein

Sie darf auf alle Daten zugreifen, sie ändern und löschen, die bei der Nutzung des Internets einschließlich sozialer Netzwerke, E-Mail und ähnlicher Angebote gespeichert wurden.

Ja  Nein

## 7. Vertretung vor Gericht

Der/die VollmachtnehmerIn vertritt den/die VollmachtgeberIn gerichtlich und außergerichtlich.

Ja  Nein

## 8. Geltung

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

Ja  Nein

## 9. Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als BetreuerIn zu bestellen.

Ja  Nein

## 10. Weitere Verfügungen

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt im Rahmen seiner/ihrer Aufgabenkreise in meinem Namen Schweigepflichtentbindungen gegenüber Dritten zu tätigen.

Ja  Nein

Die Vollmacht soll im In- und Ausland gelten.

Ja  Nein

## 11. Ergänzungen

---

---

Ich habe den Inhalt dieser Vollmacht verstanden. Ich habe die beigefügten Erläuterungen zu den einzelnen Bereichen gelesen und ebenfalls verstanden. Ich erteile diese Vollmacht in völliger Freiheit und nach Absprache mit dem/der von mir Bevollmächtigten.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten (freigestellt)

**Diese Vollmacht wird zur Beglaubigung bestätigt:**

Dieser Vermerk wird durch die Urkundsperson ausgefüllt!

**Beglaubigungsvermerk  
gemäß § 7 Betreuungsorganisationsgesetz (BtOG)**

Vorstehende Unterschrift der / des

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum)

wohnhaft \_\_\_\_\_

persönlich bekannt / ausgewiesen durch

\_\_\_\_\_  
(Art des Ausweises/Nummer)

ist vor der Urkundsperson vollzogen worden. Ihre Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

Der Inhalt der Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung und die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin wurden nicht überprüft.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Urkundsperson

**Dienstsiegel**

## Erklärung des Hausarztes / der Hausärztin

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr

---

zum Zeitpunkt der Unterzeichnung im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Fähigkeiten ist.

Krankheitsbedingte Einschränkungen der Geschäftsfähigkeit liegen nicht vor.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift, Stempel

## 2. Die Betreuungsverfügung

---

Wer keine Vertrauensperson hat, der er tatsächlich uneingeschränkte Befugnisse erteilen will, sollte lieber auf Nummer sicher gehen und sich für eine Betreuungsverfügung entscheiden. Mit der Betreuungsverfügung wird von Ihnen eine Person benannt, die Sie in gerichtlichen und außergerichtlichen Fragen vertreten soll, wenn Sie selbst nicht mehr in der Lage dazu sind.

Die von Ihnen in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person muss erst vom Betreuungsgericht bestellt werden, bevor sie Entscheidungen in Ihrem Namen treffen darf. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass mehrere BetreuerInnen für unterschiedliche Aufgabenbereiche durch Sie benannt und durch das Gericht bestellt werden können. Das Betreuungsgericht wird bei der Bestellung eines Betreuers/einer Betreuerin die in der Betreuungsverfügung festgelegten Wünsche des/der Betroffenen berücksichtigen, sofern keine begründeten Bedenken gegen die Betreuerbestellung bestehen. Anders als der/die durch eine Vorsorgevollmacht Bevollmächtigte, wird ein gesetzlich bestellter Betreuer/eine gesetzlich bestellte Betreuerin in seinen/ihren Entscheidungen regelmäßig vom Betreuungsgericht kontrolliert.

- In einer Betreuungsverfügung können Sie auch festlegen, wer auf gar keinen Fall Ihr Betreuer/Ihre Betreuerin werden soll. Auch dieser Wunsch muss vom Gericht berücksichtigt werden.
- Auch wenn Sie niemanden kennen, der für Sie als BetreuerIn in Frage kommt, ist eine Betreuungsverfügung sinnvoll. In einem solchen Fall wird vom Gericht die Auswahl getroffen. Eine detaillierte Betreuungsverfügung liefert dem/der bestellten BetreuerIn wertvolle Informationen über Ihren Willen. So hat auch ein/eine Ihnen unbekannter /unbekannte BetreuerIn wenigstens einige Anhaltspunkte, um möglichst in Ihrem Sinne entscheiden zu können.
- Eine Betreuungsverfügung sollte nach Möglichkeit von dem Verfasser/der Verfasserin und dem/der ausgewählten BetreuerIn unterschrieben werden, damit deutlich wird, dass die benannte Person mit der Übernahme der Betreuung einverstanden ist.

Die folgende Betreuungsverfügung ist als mögliches Beispiel zu betrachten:

# Betreuungsverfügung

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für den Fall, dass ich aufgrund einer psychischen Krankheit, einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst besorgen kann (gem. § 1814 Abs. 1 Satz 1 BGB), schlage ich dem zuständigen Betreuungsgericht folgende Person(en) als mögliche Betreuer/ Betreuerin vor:

\_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon)

**Auf keinen Fall soll folgende Person zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin bestellt werden:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zur Wahrnehmung meiner Betreuung im Bereich der Gesundheitsfürsorge und der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts ist der Betreuer/die Betreuerin an die beiliegende Patientenverfügung gebunden. (Nichtzutreffendes streichen)

Darüber hinaus möchte ich, dass der Betreuer/die Betreuerin folgendes beachtet:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Verfügenden )

Ich erkenne den Inhalt dieser Betreuungsverfügung an und bin bereit die Betreuung zu übernehmen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### 3. Die Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine Willenserklärung für eine medizinische Behandlung, wenn keine Einwilligungsfähigkeit mehr vorhanden ist. Die Verfügung ist verbindlich für konkrete Behandlungssituationen und solange der/die Verfügende nicht von dieser erkennbar abrückt. Der/die behandelnde Arzt/Ärztin und der/die BetreuerIn bzw. der/die Bevollmächtigte haben zu prüfen, ob diese Festlegung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Ist dies der Fall, so hat der/die BetreuerIn bzw. der/die Bevollmächtigte dem Willen des Patienten/der Patientin Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden. Das Gesetz zur Patientenverfügung, verankert in § 1827 BGB, bezieht sich ausdrücklich auf eine schriftlich festgelegte Patientenverfügung, daher sollte die Verfügung aus Beweisgründen schriftlich niedergelegt werden. Eine notarielle Beurkundung der Patientenverfügung ist nicht zwingend erforderlich.

Hinsichtlich des Inhaltes einer Patientenverfügung sind Sie weitgehend frei. Aus ihrer Verfügung muss sich ergeben, welche medizinischen Maßnahmen in der aktuellen Krankheitssituation erfolgen sollen oder nicht. Sie sind einwilligungsunfähig, wenn Sie die Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) einer ärztlichen Maßnahme nicht mehr erfassen können.

Es ist im Vorfeld sinnvoll, sich mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin Ihres Vertrauens zu beraten, bevor sie ihre Verfügung festlegen. Dies gilt insbesondere, wenn bei Ihnen bereits eine schwerwiegende Erkrankung besteht. In diesem Fall sollten Sie bei Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin eine Kopie Ihrer Patientenverfügung hinterlegen.

Der Gesetzgeber fordert keine regelmäßige Bestätigung der bestehenden Patientenverfügung. Es ist ratsam, die Verfügung im Abstand von ein bis zwei Jahren zur Hand zu nehmen und zu prüfen ob sie Ihren aktuellen Wünschen entspricht.

Im § 1827 Abs. 5 BGB wird ausdrücklich festgehalten, dass niemand zur Einrichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden kann. Die Einrichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsabschlusses gemacht werden.

Die Patientenverfügung ist ein wichtiges Dokument zur Vorlage beim behandelnden Arzt/bei der behandelnden Ärztin und sollte nicht im Original ausgehändigt werden. Auf den folgenden Seiten finden Sie den Entwurf einer Patientenverfügung. Es ist jedoch ratsam, diese individuell anzufertigen und die eigene Wertevorstellung/Weltanschauung zu erläutern.

# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:**

## 1. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

- **Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.**
- **Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.**
- **Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.**
- **Wenn 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 zunehmen.**
- **Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:**

---

(Nähere Erläuterungen zu den beschriebenen Krankheitssituationen finden Sie auf Seite 19)

## 2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

(Nähere Erläuterungen zu den folgenden beschriebenen Behandlungsmaßnahmen finden Sie auf Seite 19)

### a) Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich,

dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

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 andere belastende Symptome sollen gelindert werden.

**b) Schmerz- und Symptombehandlung**

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, selbst wenn dadurch unter Umständen meine Lebenszeit verkürzt wird.

**c) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich,

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

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

eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt.

die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

**d) Dialyse**

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich

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

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

**e) Antibiotika**

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

keine Antibiotika

**f) Wiederbelebung**

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich

in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

und dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.



### g) Künstliche Beatmung

In den unter 1. beschriebenen Situationen erwarte ich

eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

dass **keine** künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte, auch wenn dadurch unter Umständen meine Lebenszeit verkürzt wird.

### h) Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

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

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

## 3. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte in meiner letzten Lebensphase

wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung verbleiben.

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

seelsorgerische Betreuung erhalten: \_\_\_\_\_

hospizlichen Beistand.

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---

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

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung gem. §1827 Abs.2 BGB maßgeblich sein.

## 5. Organspende

Ich habe keinen Organspende-Ausweis ausgefüllt.

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

Ich habe einen Organspende-Ausweis ausgefüllt.

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

## 6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r): Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Verwandtschaftsverhältnis

---



---



---

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers/der Betreuerin erstellt:

Gewünschte Person(en) als Betreuer/Betreuerin:

Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Verwandtschaftsverhältnis

---



---



---

Ich habe einzelne Punkte dieser Patientenverfügung mit dem Hausarzt/der Hausärztin erläutert.

**Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 7. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_

bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel des Arztes/der Ärztin

**Schwere Gehirnschädigungen** mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Betroffene sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

**Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses**, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der/die Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

**Fachgerechte Schmerz- und Beschwerdelinderungen** einschließlich der Gabe von Morphin wirken in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

**Stillen von Hunger und Durst** als subjektive Empfindungen gehören zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

**Wiederbelebungsmaßnahmen** sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen. Bei hochbetagten oder schwerkranken Menschen muss aber mit zunehmend schweren Folgeschäden (z. B. Wachkoma) gerechnet werden, wenn der Herz-Kreislaufstillstand 5-10 Minuten zurückliegt.

*(weitgehend wörtlich nach der Patientenverfügung des BMJV, 2017)*



# Weitere Informationen finden Sie unter

## **Kreis Paderborn – Betreuungsstelle**

[www.kreis-paderborn.de](http://www.kreis-paderborn.de)

Bürgerservice / Soziales / Vorsorgevollmacht

## **Bundesministerium der Justiz**

Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Publikationsversand der Bundesrepublik

Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Telefon: 01805 778090 Fax: 030 1805808000

[www.bmj.bund.de/publikationen](http://www.bmj.bund.de/publikationen)

## **Bayrisches Justizministerium**

Broschüre nur als pdf-Datei

## **Zusätzlich:**

Anpassung der Patientenverfügung für den Fall schwerer Krankheit

[www.justiz.bayern.de/buergerservice/fachinfos/lexikon/00115/index.php](http://www.justiz.bayern.de/buergerservice/fachinfos/lexikon/00115/index.php)

Diese Karte können Sie ausschneiden, ausfüllen und wie den Personalausweis /Krankenversichertenkarte mitführen.



## **Notfallkarte**

Inhaber/In: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Mein Hausarzt: \_\_\_\_\_

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

**Kreis Paderborn  
Betreuungsstelle**  
Aldegreverstr. 10-14  
33102 Paderborn

## Betreuungsvereine im Kreis Paderborn



**Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Paderborn e. V.**  
Betreuungsverein  
Rathenaustraße 16, 33102 Paderborn

Ansprechpartnerin:  
**Frau Heusipp**  
Tel.: 05251 699 96-10  
[b.heusipp@awo-paderborn.de](mailto:b.heusipp@awo-paderborn.de)



**Betreuungsverein der Diakonie im Kirchenkreis Paderborn e. V.**  
Klingenderstraße 13, 33100 Paderborn

Ansprechpartner:  
**Frau Menne**  
Tel. 05251 5002-37  
[menne@btv-diakonie-pb.de](mailto:menne@btv-diakonie-pb.de)

## Betreuungsbehörden im Kreis Paderborn



**Kreis Paderborn Betreuungsstelle**  
Aldegreverstr. 10-14  
33102 Paderborn

### Ansprechpartner/in:

**Herr Amsbeck**  
Tel.: 05251 308-5044  
[amsbecks@kreis-paderborn.de](mailto:amsbecks@kreis-paderborn.de)

**Frau Arndt**  
Tel.: 05251 308-5065  
[arndtc@kreis-paderborn.de](mailto:arndtc@kreis-paderborn.de)

**Frau Fleischer**  
Tel.: 05251 308-5045  
[fleischerd@kreis-paderborn.de](mailto:fleischerd@kreis-paderborn.de)

**Frau Pohlmeier**  
Tel.: 05251 308-5046  
[pohlmeierk@kreis-paderborn.de](mailto:pohlmeierk@kreis-paderborn.de)

**Frau Pützfeld**  
Tel.: 05251 308-5064  
[puetzfeldt@kreis-paderborn.de](mailto:puetzfeldt@kreis-paderborn.de)

**Frau Bernhardt**  
Tel.: 05251 308-5019  
[bernhardtn@kreis-paderborn.de](mailto:bernhardtn@kreis-paderborn.de)

### Verwaltung:

**Frau Helfer**  
Tel.: 05251 308-5047  
[helferg@kreis-paderborn.de](mailto:helferg@kreis-paderborn.de)

**Bitte vereinbaren Sie vorab telefonisch einen Termin.**



**Stadt Paderborn Betreuungsstelle**  
Am Hoppenhof 33/ Gebäudeteil D,  
Zimmer 0.26-0.29  
33104 Paderborn

### Verwaltung:

**Frau Berthold**  
Tel. 05251 8815188  
[s.berthold@paderborn.de](mailto:s.berthold@paderborn.de)

**Frau Siemens**  
Tel. 05251 8815182  
[s.siemens@paderborn.de](mailto:s.siemens@paderborn.de)

### Ansprechpartner/in:

**Herr Sander**  
Tel.: 05251 8815166  
[a.sander@paderborn.de](mailto:a.sander@paderborn.de)

**Frau Müller**  
Tel.: 05251 8815198  
[m.mueller@paderborn.de](mailto:m.mueller@paderborn.de)

**Herr Heimann**  
Tel.: 05251 8815199  
[m.heimann@paderborn.de](mailto:m.heimann@paderborn.de)

**Frau Pahls**  
Tel.: 05251 8815144  
[n.pahls@paderborn.de](mailto:n.pahls@paderborn.de)

**Frau Schaermann**  
Tel.: 05251 8815207  
[e.schaermann@paderborn.de](mailto:e.schaermann@paderborn.de)

**Herr Bewermeyer**  
Tel.: 05251 8815208  
[m.bewermeyer@paderborn.de](mailto:m.bewermeyer@paderborn.de)

**Frau Hölscher**  
Tel.: 05251 8815237  
[s.hoelscher@paderborn.de](mailto:s.hoelscher@paderborn.de)

**Frau Stiben**  
Tel.: 05251 8815185  
[i.stiben@paderborn.de](mailto:i.stiben@paderborn.de)



Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bitte ich umgehend mit den nebenstehend aufgeführten Personen Kontakt aufzunehmen.  
Ich habe

- eine Vorsorgevollmacht\*
- eine Betreuungsverfügung\*
- eine Patientenverfügung\*

\*zutreffendes bitte ankreuzen

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

3. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Stand: September 2024

**Impressum:**

Kreis Paderborn  
- Der Landrat -  
Sozialamt  
Aldegreverstr. 10-14  
33102 Paderborn  
Tel.: 05251 308-5047  
E-Mail: [sozialamt@kreis-paderborn.de](mailto:sozialamt@kreis-paderborn.de)  
[www.kreis-paderborn.de](http://www.kreis-paderborn.de)  
X@KreisPaderborn  
@kreis\_paderborn

**Satz und Gestaltung:**

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kreis Paderborn



**Kreis  
Paderborn**

*...nah bei den Menschen!*