

## Ermächtigung zum Einzug durch Lastschrift

Ich ermächtige die Hospizbewegung Münster e.V.  
zum einmaligen Einzug des Teilnahmebetrages in  
Höhe von 10 €.

Name:

Bank:

IBAN:

BIC

Datum

Unterschrift

Ihre Daten speichern wir ausschließlich und einmalig  
zum Einzug der Lastschrift. Wir geben diese nicht an  
Dritte weiter.



**hospizbewegung**  
Münster e.V.

### **hospizbewegung Münster e.V.**

Ambulanter Hospizdienst

Sonnenstr. 80, 48143 Münster

Telefon: 0251 – 51 98 74

Bürozeiten: Mo-Do 10:00 – 12:30

✉ info@hospizbewegung-muenster.de

🌐 www.hospizbewegung-muenster.de

f HospizbewegungMuenster

📷 hospizbewegung\_muenster

Über Spenden freuen wir uns  
Hospizbewegung-Förderkreis  
DKM Darlehnskasse Münster  
IBAN: DE57 4006 0265 0018 2211 00  
BIC: GENODEM1DKM

Informationen zur

## **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**



**Montag,  
29. Januar 2024**

**hospizbewegung**  
Münster e.V.

Ambulanter Hospizdienst

## Die Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung sollte kein Formular sein, sondern möglichst individuell auf Ihre persönlichen Behandlungswünsche und -grenzen zeigen und sich auf konkrete Situationen am Lebensende beziehen. Auch sollte erkennbar sein, dass Sie als Verfasser der Patientenverfügung die Konsequenzen Ihrer Entscheidungen sehen.

Wir empfehlen, eine Informationsveranstaltung zu besuchen, Literatur zu lesen oder ein fertiges Formular nicht einfach zu übernehmen, sondern noch individuell durch Erweiterungen oder Streichungen zu verändern.

Als sehr sinnvolle Ergänzung zur Patientenverfügung empfehlen wir zusätzlich eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung auszufüllen, in der Sie eine Person Ihres Vertrauens benennen, die im Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit an Ihrer Stelle mit dem Arzt entscheiden darf.

Vordrucke und Literaturhinweise legen wir auf der Informationsveranstaltung für Sie aus.

Nächster Termin:

Montag, 29.01.2024

18:00 Uhr – 20:00 Uhr

Ort: Sonnenstraße 70  
48143 Münster

Kosten: 10 EUR

## Verbindliche Anmeldung zur Informationsveranstaltung Patientenverfügung am 29.01.2024

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E – Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Informationsabend bei der Hospizbewegung Münster e.V. an.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ihre personenbezogenen Daten  
speichern wir einmalig zu  
vereinsinternen Zwecken und geben  
diese nicht an Dritte weiter.

