

Zur Erstellung einer

STANDARD- PATIENTENVERFÜGUNG

Zu den hochgestellten Ziffern siehe »Medizinische Erklärungen«.

Verfügender/r mit Vor- und Zunamen

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Wenn in meiner jetzigen Situation plötzlich ein Notfall (z. B. durch Unfall oder Herzinfarkt) einträte, sollen intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt und ausgeschöpft werden?

- Ja**, solange realistische Aussichten bestehen, dass ich ein lebenswertes, umweltbezogenes Leben wiedererlangen kann.
- Nein**, bereits jetzt sind intensivmedizinische Maßnahmen von mir prinzipiell nicht mehr erwünscht (aufgrund hohen Alters, schwerer Erkrankung o. ä.).
- Keine Festlegung**

Sinnvoll ist ein Zusatzblatt mit Vorstellungen zu einem (noch) lebenswerten Leben, Hoffnung auf Besserung, zu körperlichen und geistigen Einschränkungen; mit Schilderung von bestehenden Beschwerden u. ä.

Sonderfall Wiederbelebung: Versuche zur Wiederbelebung stellen eine besondere Frage dar. Sie können dazu eine der Optionen in Teil C wählen.

In den in **A** genannten »Standard«-Situationen* wünsche ich nur noch pflegerische Basisversorgung, Schmerz- und Beschwerdelinderung. Auf lebensverlängernde Maßnahmen, die in **B** aufgeführt sind, verzichte ich dann bzw. lehne sie dann ab. Darüber hinaus gilt mein Verzicht auch für die von mir angekreuzten Optionen. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass ich später eine notwendige medizinische Entscheidung nicht selbst treffen kann, d. h. nicht (mehr) willensfähig bin.

** Diese exemplarischen »Standard«-Situationen gelten als »aussichtslos« im Sinn von Heilung oder auch nur Besserung der Grunderkrankung. Sie können gleichwohl nicht als »sinn-, hoffnungs- oder wertlos« angesehen werden. Denn es bleibt, die Patientenbedürfnisse durch fürsorgende und lindernde (»palliative«) Maßnahmen zu befriedigen.*

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bestimme ich:

A Situationen, in denen meine Patientenverfügung gelten soll

Wenn ...

... ich mich unabwendbar im **Sterbeprozess** bzw. im **Endstadium** einer zum Tode führenden Erkrankung befinde.

- auch wenn bei **schwerem, unheilbarem Leiden** der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar wäre.

... ich in Folge einer **schweren Gehirnschädigung**¹ mein **Bewusstsein** verloren habe und dies aller **Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich ist** (»Dauerkoma«).

- auch wenn **absehbar keine wesentliche Besserung erfolgt dahingehend**, dass ich wieder Einsichten gewinnen und (i. d. R. sprachlich) **mit anderen Menschen in Kontakt treten kann** (zeitliche Konkretisierung siehe Teil C, Punkt 6).

... ich aufgrund eines **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses**² (z. B. bei Demenz nach dem Alzheimer-Typus) trotz Hilfestellung Nahrung nicht mehr auf natürliche Weise zu mir zu nehmen kann.

- auch wenn bei Demenz ein noch **nicht so weit fortgeschrittenes Stadium**² vorliegt, aber folgende **Problematik hinzuträte**: Eine organisch bedingte Lebensbedrohung (z. B. Nierenversagen), die nur durch intensivmedizinische bzw. belastende Maßnahmen abwendbar wäre. (sonstige Situationen siehe Teil C, Punkt 6)

B Medizinische Festlegungen für die unter A genannten Situationen

1. Unverzichtbare Basisversorgung

Ich wünsche und erwarte angemessene Zuwendung und Körperpflege. Eine fachgerechte (d. h. palliativmedizinische) **Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen** wie Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe u. a. setze ich dabei voraus.

2. Ablehnung von intensivmedizinischen Maßnahmen

In den unter **A** genannten Situationen sollen **keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr erfolgen**. Insbesondere damit einhergehende Belastungen möchte ich mir ersparen. Ein Sterben wird dann von mir gewünscht bzw. in Kauf genommen. Das bedeutet bei Willensunfähigkeit im Einzelnen:

- Keine lebenserhaltende Eingriffe und Maßnahmen wie z. B. Dialyse (*apparative Blutwäsche*), keine Eingriffe wie Amputation und Organoperation mehr.
- Keine künstliche Beatmung mehr (bzw. eine schon eingeleitete soll eingestellt werden). Ich setze voraus, dass ich Medikamente zur hinreichenden Linderung von Atemnot erhalte.
- Keine Versuche zur Wiederbelebung mehr.
 - Ein Notarzt soll bei Herz-Kreislauf-Stillstand (in heimischer Umgebung) dann nicht mehr gerufen werden.

3. Verzicht auf künstliche Ernährung³

Das **Stillen von Hunger- und Durstempfinden** gehört unverzichtbar zu jeder lindernden Therapie. Es soll **auf natürliche Weise erfolgen**, ggf. mit Hilfe (Handreichung) bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Unter den in **A** genannten »aussichtslosen« Situationen wünsche ich **keine künstliche Ernährung³** mehr, unabhängig von der Form (Magensonde durch Bauchdecke [»PEG«] oder durch Nase ebenso wenig wie Kalorienzufuhr durch venöse Zugänge).

- Ich verzichte dann auch auf **künstliche Flüssigkeitszufuhr³**, außer sie ist – in angemessenem Maße – palliativmedizinisch erforderlich. Auf die fachgerechte Mundpflege und -befeuchtung³ ist besonderer Wert zu legen. Prinzipiell wünsche ich dann nur noch Flüssigkeit, die ich auf **natürlichem Wege** über den Mund aufnehmen kann.

4. Bewusstseinsdämpfende und/oder sedierende Mittel⁴

Wenn Schmerzen, Atemnot oder quälende Unruhe am Lebensende anders nicht hinreichend zu lindern sind, wünsche ich auch solche Mittel, die mich sehr müde machen oder mein Bewusstsein einschränken können.

- Dann stimme ich im Extremfall auch einer Bewusstseinsausschaltung (»künstlicher Tiefschlaf«) oder einer Lebensverkürzung als möglicher, ärztlich nicht beabsichtigter Nebenwirkung⁴ zu.

5. Blutbestandteile, Antibiotika und andere Medikamente

*Es kann sich z. B. auch um stabilisierende Herzmittel handeln. Lebensverlängernde und lindernde Wirkungen sind oft nicht voneinander abzugrenzen. Auch bei dieser Frage geht es ausschließlich um die unter **A** genannten Situationen!*

Wählen Sie nur eine Alternative.

- Auch auf solche Maßnahmen und Medikamente** (die ambulant verabreicht werden können) **verzichte ich dann**. (Ich will dann keinerlei Stabilisierung oder mögliche Lebensverlängerung mehr.)
- Ich wünsche sie** (bzw. erlaube sie nur), wenn sie **zur Linderung von Beschwerden** erforderlich wären.
- Darüber sollen später meine Patientenvertreter entscheiden (*Siehe dazu Teil C, Punkt 7*).

Für Rückfragen, die sich beim Ausfüllen dieses Ankreuzformulares ergeben, erreichen Sie uns Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 10–17 Uhr unter 030 613904-12 oder -32.

Wenn Sie – z. B. aus Zeitgründen – nur eine einfache Ankreuzvariante nutzen wollen, können Sie die bisherigen Angaben unterschreiben und die Seite abtrennen. Nicht gewählte Optionen zum Ankreuzen sind dann unbedingt zu streichen.

Zu empfehlen ist jedoch eine als Text ausgearbeitete STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG mit zusätzlichen Angaben.

Im Teil C haben Sie auch die Möglichkeit, Ihrem/n Gesundheitsbevollmächtigten einen Ermessensbereich einzuräumen.

X

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden

ggf. Bezeugung

C Mögliche Zusatzangaben und Wünsche

Im Folgenden können Sie Ihre Angaben basierend auf Ihren persönlichen Wertvorstellungen und Wünschen zum Lebensende weiter konkretisieren. Allerdings bleiben hier immer Schwierigkeiten bei der zeitlichen Bestimmung und sonstige Unwägbarkeiten. So kann eine Einschränkung von Versuchen zur Wiederbelebung nicht verbindlich vorausbestimmt werden. Ebenso wenig kann ein gewünschter Sterbeort garantiert werden.

6. Weitere Situationen von Willensunfähigkeit, in denen die medizinischen Festlegungen aus B gelten sollen:

Lassen Sie sich zu dieser Frage am besten ärztlich oder medizinisch fachkundig beraten. Im Zweifelsfall sollten Sie die folgenden Optionen überspringen.

- Wenn ich infolge einer **schweren Gehirnschädigung¹ keine Einsichten mehr gewinnen kann** und (i. d. R. sprachlich) mit Menschen nicht mehr in Kontakt treten kann, **soll das Warten auf wesentliche Besserung beschränkt werden auf:**

ca. Monate oder Wochen oder Tage
(nicht zutreffende Zeitangabe bitte streichen)

Ich wünsche, auch in der folgenden Situation sterben zu dürfen:

- Wenn (z. B. in Folge von Schlaganfall oder Unfall) körperliche Dauerschädigungen mit bleibender Bettlägerigkeit bzw. Schwerstpflegebedürftigkeit vorliegen.

Sonderfall Wiederbelebung⁵ (bei Herz-Kreislauf-Stillstand)

Diese Optionen beziehen sich auf Ihre jetzige Situation, wenn plötzlich ein Notfall bzw. Unfall einträte.

- Versuche zur Wiederbelebung **wünsche ich prinzipiell** (es sei denn, dass eine der in **A** oder **C** genannten Situationen eingetreten ist).
- Versuche zur Wiederbelebung **wünsche bzw. akzeptiere ich prinzipiell nur unter der Bedingung**, dass sie **innerhalb von fünf Minuten** nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand einsetzen.
- Versuche zur Wiederbelebung **lehne ich in jedem Fall heute schon ab**.

Sie können bei den Fragen **7, 8 und 9** jeweils eine oder mehrere Optionen wählen, aber möglichst nicht alle. Denn sonst wäre keine Tendenz erkennbar.

7. Zur späteren Entscheidungsfindung und Interpretation meines Willens

- Die von mir in der beigefügten Gesundheitsvollmacht **benannte(n) Person(en)** soll(en) – nach ärztlicher Aufklärung – das »letzte Wort« im Prozess der Entscheidungsfindung haben. Bei notwendig werdenden Interpretationen kommt ihr (ihnen) ein **eigener Ermessensbereich** zu.
- Insbesondere bei Demenz soll abgewogen werden, was **meinem Wohl und mutmaßlichen Willen am meisten entspricht**. Dies soll aufgrund meiner Gesten, Blicke oder sonstiger Lebensäußerungen ermittelt werden.
- Die hier getroffenen medizinischen Festlegungen gelten für Ärztinnen/Ärzte **unmittelbar verbindlich**. Solange ich sie nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Situation **keine Änderung meines Willens unterstellt werden**.

8. Aufenthaltsort am Lebensende

Ich möchte ...

- wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- dort sein, wo meine Würde, Versorgung und Selbstbestimmung am besten gewahrt sind.
- bei Komplikationen am Lebensende in ein Krankenhaus verlegt werden.
- zum Sterben in ein Hospiz (sofern vorhanden und sofern die engen Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind).

9. Gewünschter Beistand am Lebensende (menschlich, fachlich, spirituell)

Ich wünsche, dass benachrichtigt und einbezogen wird

- Pflege-, Palliativ-, ambulanter Hospizdienst:
.....
- Vertreter_in der folgenden Kirche / Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft / Organisation:
.....
- Ärztin/Arzt meines Vertrauens (inkl. Tel.):
.....
- Sonstige einzubeziehende Person (sofern nicht Angehörige oder Bevollmächtigte):
.....

D Organspende

10. Erlaubnis zur Organspende nach Hirntod und zur Gewebeentnahme?

- Ich stimme einer Entnahme **von Organen** zum Zweck der Transplantation zu. **Intensivmedizinische Maßnahmen** dürfen dann zur Vorbereitung der Organentnahme nach Hirntodfeststellung **weitergeführt werden** (*Stunden oder wenige Tage*).
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe ab.
- Ich bin (noch) unentschieden / kommt für mich nicht (mehr) in Frage.

Die folgende Erlaubnis **gilt unabhängig** von den drei vorgenannten Optionen.

- Ich bin mit einer Entnahme **von Gewebe** (zur Spende) nach meinem Tod einverstanden.

Zur Bearbeitung

- Ich bitte um eine **eilige Bearbeitung** (z. B. weil ein medizinischer Eingriff bevorsteht).
Unsere normale Bearbeitungszeit beträgt bis zu zwei Wochen.
- Ich bitte um ein **Betreuungsformular**, da eine geeignete Person für eine Vollmacht nicht zur Verfügung steht.

Für eventuell notwendige Rückfragen bin ich tagsüber am besten telefonisch zu erreichen unter:

MEDIZINISCHE ERKLÄRUNGEN

Zu den Begriffen mit hochgestellten Anmerkungsziffern*

Gehirnschädigungen: Dauerhafte Bewusstlosigkeit / Schwere Demenz

- 1 Betrifft **schwere Gehirnschädigungen** (z. B. nach Unfall, Schlaganfall oder Sauerstoffmangel im Gehirn), die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen, dem »Sitz« des Bewusstseins, einhergehen. Dies gilt v. a. für direkte Gehirnschädigungen durch **Kopfverletzung**, aber auch für indirekte z. B. nach Wiederbelebung. Besonders bei jüngeren Patient_innen können sich günstige Entwicklungen einstellen, in seltensten Fällen bei **Bewusstseinsverlust** im »Dauerkoma« auch nach Jahren noch. Doch die weit überwiegende Mehrzahl der Patient_innen würde – ohne entsprechende frühere Willensbekundung – ihr Leben lang künstlich ernährt werden, keine Einsichten mehr gewinnen und keine gezielten Bewegungen mehr durchführen können. Lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit bleiben aber meist erhalten sowie möglicherweise auch noch ein Empfindungsvermögen.
- 2 Betrifft nicht rückführbare Gehirnschädigungen infolge eines **Hirnabbauprozesses**, wie sie am häufigsten bei **Demenz** (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im weit fortgeschrittenen »Endstadium« ist der Kranke völlig bettlägerig, kann nahe Angehörige gar nicht mehr erkennen und auch trotz Hilfestellung keine Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise mehr sich zu nehmen. Hiervon zu unterscheiden ist ein **noch nicht so weit fortgeschrittenes Stadium**. In diesem können sehr unterschiedliche Krankheitssymptome auftreten wie Persönlichkeitsstörungen, Angst, starke Desorientierung. Insbesondere wenn die eigenen geistigen Defizite selbst gar nicht mehr wahrgenommen werden, vermag der Betroffene noch durchaus positive Gefühle zu empfinden. Er kann Freude am Leben (in seiner eigenen Welt) haben oder auch am Essen.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

- 3 Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings **kein Hungergefühl**; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten im Dauerkoma. Das **Durstgefühl** ist bei Schwerkranken zwar länger vorhanden, Beschwerden können aber am besten durch Anfeuchten der Atemluft gelindert und durch fachgerechte Mundbefeuchtung und -pflege beseitigt werden.
Die künstliche Zufuhr insbesondere größerer Flüssigkeitsmengen im Sterben gilt sogar als schädlich, weil sie zu Beschwerden infolge von Wasseransammlung führen (v. a. zu Atemnot). Nicht die Unterlassung,

sondern der Gebrauch einer PEG-Magensonde bei Sterbenden und final Erkrankten bedarf eigentlich einer besonderen medizinischen Indikation und ethischen Rechtfertigung.

Schmerz- und Beschwerdelinderung

- 4 Nur in Extremsituationen darf die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine damit verbundene geringe Lebenszeitverkürzung (als »indirekte« Sterbehilfe) strafrechtlich erlaubt ist. Auch gilt eine beabsichtigte Bewusstseinsausschaltung (als sog. tiefe palliative Sedierung) medizinethisch als zulässig. Zu diesen Maßnahmen bedarf es einer Zustimmung. Es geht dabei um mit herkömmlichen Mitteln nicht mehr beherrschbare Schmerzen, Atemnot, auch um Delir (Angst, Halluzinationen) und sonstige quälende Beschwerden am Lebensende. Die Wirkung von sedierenden Mitteln in der palliativen (= lindernden) Medizin reicht von starker Beruhigung über kurzzeitige Bewusstseinsstrübung bis hin zu längerem künstlichem Tiefschlaf (»Langzeitnarkose«).

Eine fachgerechte lindernde Behandlung – einschließlich der Gabe von Morphin als hochwirksamem Opioid – führt in der Regel jedoch nicht zu solchen Folgen. Meist werden z. B. bei Krebspatienten durch die Beschwerde- und Stressfreiheit vielmehr neue »Lebensgeister« geweckt.

Wiederbelebungsmaßnahmen (»Reanimation«)

- 5 Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden lindern als auch das Leben verlängern. **Maßnahmen zur Wiederbelebung** – nach eingetretenem Herzstillstand – sind nie leidensmindernd, sondern dienen ausschließlich dem Versuch der Lebensrettung. Wiederbelebung absolut zu untersagen, kommt für einen hochbetagten oder sehr schwer kranken Menschen in Frage, der sich auch unter keinen Umständen mehr operieren lassen will. Ansonsten kann es im Rahmen von (noch) geplanten medizinischen Eingriffen gelegentlich zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch **sofortige** Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

Wenn hingegen der Herz-Kreislaufstillstand **länger als 5 Minuten** zurückliegt, muss nach jeder weiteren Minute mit immer schwerwiegenderen Dauerschädigungen des Gehirns gerechnet werden. Diese können zum bleibenden Bewusstseinsverlust (Überleben im Koma) führen. Denn das besonders empfindliche Gehirngewebe ist bei Sauerstoffmangel eher irreparabel geschädigt als andere Organe.

**Diese Erklärungen im Sinne der Hospiz- und Palliativberatung sind weitgehend übernommen aus der Broschüre »Patientenverfügung« vom Bundesministerium der Justiz*

HVD Dresden e.V.
Patientenverfügungen
PF 32 01 52
01013 Dresden

Wir **beraten** Sie
persönlich, telefonisch und schriftlich.

Wir **unterstützen** Sie
bei Ihren individuellen Vorstellungen.

Wir **erklären** Ihnen,
worum es jeweils medizinisch geht.

Wir **erstellen** Dokumente,
auf die Sie sich verlassen können.

Errichtung einer Standard-Patientenverfügung (SPV)

Der HVD Dresden informiert Sie zu den Themen Patientenwille, Medizinethik und -recht, Sterbe- und Suizidhilfe. Außerdem vermittelt er Ihnen maßgeschneiderte Dokumente der Bundeszentralstelle Patientenverfügung (BZPV) in Berlin anhand der Auswertung Ihrer Wertvorstellungen, Lebensumstände, Erfahrungen und ggf. bestehenden Krankheiten oder Prädispositionen. Die Expertinnen und Experten arbeiten seit 1993 auf dem Gebiet der Patientenautonomie, sie beraten den Deutschen Ethikrat sowie das Bundesministerium der Justiz.

“ **Ich habe mich für eine Patientenverfügung der Bundeszentralstelle Patientenverfügung vom Humanistischen Verband Deutschlands entschieden. Bitte lassen Sie diese für mich anhand des beigefügten SPV-Fragebogens erstellen. Hierfür leiste ich einen einmaligen Kostenbeitrag in Höhe von 50,00 €.**

- Ich wünsche den pv-Newsletter „Selbstbestimmung bis zuletzt“ kostenfrei ein- bis zweimal pro Monat per E-Mail.**



Sie erhalten i.d.R. binnen 5 Tagen Ihren Textvorschlag, den Sie nach eingehender Prüfung durch Ihre Unterschrift zu einer rechtsgültigen Patientenverfügung erklären. Außerdem legen wir ein Hinweiskärtchen bei, das Sie stets bei sich tragen sollten. Ihre personenbezogenen Daten werden nach Versand bzw. Zahlungseingang gelöscht, sofern Sie keine Hinterlegung wünschen (siehe unten).

Patientenschutz exklusiv für unsere Förderer

Mitglieder und Fördermitglieder des HVD Dresden dokumentieren, dass ihnen das Recht auf Selbstbestimmung, Würde am Lebensende und humanes Sterben wichtig ist. Zudem profitieren sie von zusätzlicher Unterstützung durch die BZPV, wie z.B. der Hinterlegung ihrer Dokumente in Berlin, von wo aus sich ein Bereitschaftsdienst auch an Wochenenden und feiertags im Akutfall mit Ärzten, Kliniken, Pflegeeinrichtungen oder dem Betreuungsgericht in Verbindung setzt. Sie erhalten bei Hinterlegung einen Notfallpass, der in Kurzform die wichtigsten Festlegungen u.a. zu Wiederbelebung und Organspende sowie die Kontaktdaten ihrer Vertrauenspersonen und der BZPV enthält. Zudem fragt die BZPV automatisch alle zwei Jahre, ob Änderungsbedarf an der Patientenverfügung besteht, und schickt Aktualisierungsmarken zu.

- “ **Ich habe (umseitig) meine Fördermitgliedschaft erklärt.**
 Und ich wünsche die Hinterlegung meiner SPV sowie einen Notfallpass.

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Tel.-nr. & E-Mail-Adresse _____
(Für eventuelle Rückfragen und ggf. Newsletter)

Datum & Unterschrift _____



Hinterlegung Ihre Dokumente
bei der BZPV in Berlin möglich

Notfallpass mit Ihrer individuellen
Patientenverfügung in Kurzform

Erinnerung an die Durchsicht
Ihrer PV und Aktualisierung

Hilfe für diejenigen,
die Ihre PV anzuwenden haben

Bereitschaftsdienst bringt auch
an Wochenenden und feiertags
Ihren Willen zur Geltung

Erklärung der Fördermitgliedschaft

Ich möchte die Arbeit des HVD Dresden e.V. finanziell unterstützen und erhalte im zulässigen Rahmen Vergünstigungen für die Angebote und Dienstleistungen. Im Förderbeitrag enthalten ist auch das humanistische Magazin **diesselts**.

- Ich zahle folgenden Monatsbeitrag: _____ €
mind. 5 Euro
- Im jeweiligen Folgejahr wünsche ich eine Zuwendungsbescheinigung.
- Ich abonniere den monatlichen Newsletter.
- Ich möchte 4x im Jahr das humanistische Magazin **diesselts** erhalten.

Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon, Fax _____

Meine Daten dürfen für verbandsinterne Zwecke verwendet, Dritten jedoch nicht zugänglich gemacht werden. Sie unterliegen den jeweils gültigen Datenschutzbestimmungen. (Telefon- und Faxnummer sind hilfreiche, aber freiwillige Angaben.)

Datum und Unterschrift _____
(für die Fördermitgliedschaft)

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den HVD Dresden e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom HVD Dresden e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen (Kombimandat). Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werde ich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichtet. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsverpflichtungen gegenüber dem HVD Dresden e.V. bleiben hiervon unberührt.

IBAN: _____ BIC: _____

Kto.-inh.: _____ Bank: _____

Datum und Unterschrift _____
(für das SEPA-Lastschriftmandat)