



Letztwillige Verfügung – Vermächtnis

.....	
NACHNAME, Vorname		E-Mail
.....
SV-Nummer, Geburtsdatum	Geburtsort	Telefonnummer
.....		
PLZ, Ort, Adresse		

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Vermächtnis automatisch verfällt, wenn:

- nach meinem Tod eine gerichtsmedizinische Obduktion vorgenommen wurde.
- der Zustand meines Körpers, aufgrund von z. B. starken Verstümmelungen oder fortgeschrittener Verwesung, unzureichend für eine sinnvolle Präparation ist.
- eine hochinfektiöse Erkrankung bestand (z. B. TBC).
- nicht beeinflussbare äußere Umstände bestehen, die den Betrieb der Universität einschränken (z. B. Hochwasser, Brandschäden, Pandemie).
- die Entfernung zwischen Sterbeort und der Danube Private University (DPU) zu groß ist und damit die Kosten der Überführung zu hoch wären.
- der DPU die Akkreditierung entzogen werden sollte.

1. Ich wünsche, dass folgende Person/en im Falle meines Ablebens für Rückfragen kontaktiert wird/werden (max. 2 Personen):

.....
NACHNAME, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer

.....
NACHNAME, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer

2. Ich bin damit einverstanden, dass mein Körper im Rahmen von kooperativen Projekten mit anderen Universitäten, auch temporär, an einen anderen Ort außerhalb der DPU zu Unterrichtszwecken oder wissenschaftlichen Untersuchungen gebracht werden kann.

JA NEIN

3. Ich bin damit einverstanden, dass Teile meines Körpers als Dauerpräparate zu Unterrichtszwecken an der DPU anonym verbleiben dürfen, auch über den Zeitpunkt der Einäscherung der anderen Körperteile hinaus.

JA NEIN



4. Ich bin damit einverstanden, dass mein Körper auch zum Zweck der nicht medizinischen Lehre und Forschung an nicht universitären Einrichtungen verwendet werden kann, solange damit ein gesellschaftlicher Nutzen verbunden ist.

JA NEIN

5. Ich bestimme, dass meine Urne im Gemeinschaftsgrab der DPU auf dem Friedhof Krems-Stein beigesetzt werden soll.

JA NEIN

5.1. Falls Punkt 5 mit NEIN beantwortet wurde:

Ich bestimme, dass meine Urne auf eigene Kosten zu einer anderen Beisetzungsstätte überführt und dort beigesetzt werden soll. Die in Punkt 1 angegebene/n Kontaktperson/en ist/sind darüber informiert.

JA NEIN

6. Ich wünsche, dass meine Angehörigen/Hinterbliebenen über den Zeitpunkt der jährlich stattfindenden Gedenkfeier für KörperspenderInnen informiert werden.

JA NEIN

6.1. Falls Punkt 6 mit JA beantwortet wurde:

Ich möchte, dass die in Punkt 1 genannte/n Person/en über den Zeitpunkt informiert wird/werden.

Ich möchte, dass folgende Person über den Zeitpunkt der Gedenkfeier informiert wird. (max. 1 Person):

.....
NACHNAME, Vorname, Adresse, Telefonnummer

Ich lege mindestens eine Kopie von den im Folgenden angeführten Urkunden bei (1 Dokument ist zwingend erforderlich):

Geburtsurkunde Staatsbürgerschaftsnachweis Heiratsurkunde

Nach meinem Ableben soll bitte sofort die Feuerbestattung Danubia – Kooperationspartnerin der DPU, telefonisch verständigt werden:

Tel. 02266/63453, Schießstattgasse 117, 2000 Stockerau

Nachträgliche Änderungen an dieser letztwilligen Verfügung können nur schriftlich und von mir selbst vorgenommen werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme des Merkblattes zur Körperspende der Danube Private University (DPU).

Ich bestimme hiermit, dass mein Körper nach dem Tod dem Anatomiezentrum der Danube Private University (DPU) für Lehr- und Forschungszwecke übergeben und nach Abschluss aller Verwendungen eingeäschert werden soll.

.....
Ort, Datum, Unterschrift