

Patientenverfügung *

Stand 1.7.2010

Für den Fall, dass ich,,
geboren am:,
wohnhaft in:,
.....

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

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

Ja Nein

- 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 in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und diese anderen Menschen mitzuteilen (z.B. auch durch Gesten), nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Hirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen (z. B. Wachkoma) die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst 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 zu nehmen.

.....

.....

* Diese Patientenverfügung wurde in Anlehnung an *Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2009): Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, verfasst.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen Situationen verlange ich:

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen belastenden Beschwerden. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3. In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

Ja Nein

- die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern können.
- Keine Wiederbelebensmaßnahmen.

4. In den von mir unter Punkt 1 beschriebenen Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange

Ja Nein

- keine künstliche Ernährung (weder über Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).
- Keine Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung).

5. In den von mir unter Punkt 1 beschriebenen Situationen, verfüge ich hinsichtlich einer möglichen Organspende:

Ja Nein

- Sollte ich als Organspender in Betracht kommen, stimme ich einer Organspende zu. Hierbei stimme ich ausdrücklich intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die die Organspende ermöglichen.

Ausgenommen sind folgende Organe :

6. In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich eine Begleitung durch

Ja Nein

-

- Seelsorge

Ja Nein

 Hospizdienst Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.**Bevollmächtigte(r):**

Name:

Anschrift:

Telefon:

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name:

Anschrift:

Telefon: Telefax:

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

(Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Name:

Anschrift:

Telefon:

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstiger Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Einwilligungsunfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Dies gilt auch für handschriftliche Ergänzungen und Streichungen in diesem Formular.

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bekräftige die vorstehende Verfügung durch meine erneute Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

(Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig - z.B. alle ein bis zwei Jahre - durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.)

Vollmacht *

Ich,,
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Vollmachtgeber/in)

.....
(Adresse)

erteile hiermit Vollmacht an

.....
(Name, Vorname)

..... (Bevollmächtigte/r, Vertrauensperson)
(Geburtsdatum)

.....
(Adresse)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten, wie unten angeführt, zu vertreten.

WICHTIG! Die Vollmacht ist nur wirksam, solange der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Ja Nein

Gesundheitsfürsorge / Pflegebedürftigkeit:

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen sowie ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). **)

Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr ver-

*) Diese Vollmacht mit Betreuungsverfügung wurde in Anlehnung an: Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2009): Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, verfasst.

**) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn nicht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

bunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. **)

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

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ja Nein

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Ja Nein

Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja Nein

Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja Nein

Vermögenssorge

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, zurücknehmen, namentlich

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,
- die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag gegenüber meiner Wohnung wahrnehmen,
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,
- mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen und
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.
- Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

**(WICHTIG: Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!
Für Immobiliengeschäfte ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)**

Ja Nein

Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten bei urlaubs-, krankheits- oder berufsbedingter Abwesenheit Untervollmacht erteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin

Betreuungsverfügung *

.....
(Name, Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Adresse)

Falls eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die nachfolgend bezeichnete Vertrauensperson **als Betreuer zu bestellen:**

.....
(Name, Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Adresse)

Auf keinen Fall zur Betreuerin/ zum Betreuer bestellt werden soll:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Adresse)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

*) Diese Vollmacht mit Betreuungsverfügung wurde in Anlehnung an: Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2009): Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, verfasst.