

Essen, den

Vorlage Patientenverfügung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich dafür entschieden, eine Patientenverfügung zu formulieren. Damit sorgen Sie für den Fall vor, dass Sie eines Tages aufgrund einer unheilbaren Krankheit mit Todesfolge Ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. In einem solchen Fall soll diese Patientenverfügung den Menschen in Ihrem Umfeld dabei helfen, Entscheidungen in Ihrem Sinne zu treffen.

Bitte beachten Sie, dass eine Patientenverfügung Ihre ganz eigene persönliche Willenserklärung ist. Zur Orientierung geben wir Ihnen hiermit eine Vorlage an die Hand, in der wir mögliche relevante Punkte erfasst haben. Bitte nehmen Sie diese als Vorschläge und gestalten Sie alles so, dass es Ihren persönlichen Ansichten möglichst genau entspricht. Dafür können Sie natürlich auch Punkte ergänzen oder nicht Zutreffendes ausstreichen.

Bei Fragen sprechen Sie uns bitte an – wir stehen Ihnen gerne mit unserem professionellen Rat zur Seite.

Ihr Praxisteam

Patientenverfügung

Verfügender: _____

Name, Vor- & Zunamen: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Ich, _____ verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gegenüber meinen Ärzten, dem Alten- oder Pflegeheim, in dem ich im entscheidenden Zeitpunkt wohne, sowie gegenüber jedem, der sonst Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, Folgendes:

Meine Lebenssituation

- ☐ Ich bin (relativ) gesund, bzw. nicht ernsthaft krank
- ☐ Ich habe in der Vergangenheit folgende schwere Erkrankungen, bzw. Diagnosen gehabt:

- ☐ Ich lebe mit chronischen Beschwerden/Behinderungen. Folgende Hilfsmitteln habe ich:

- ☐ Ich bin sehr schwer / unheilbar krank.

- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

In folgenden Situationen soll meine Patientenverfügung gelten:

- ☐ Wenn ich mich unabwendbar im Sterbeprozess, bzw. im Endstadium einer zum Tode führenden Erkrankung befinde
- ☐ auch dann, wenn bei schwerem, unheilbarem Leiden der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar wäre.
- ☐ Wenn ich in Folge einer schweren Hirnschädigung¹ mein Bewusstsein verloren habe und es – aller Wahrscheinlichkeit nach – unwiederbringlich ist. („Dauerkoma“).
- ☐ auch dann, wenn absehbar keine wesentliche Besserung dahingehend erfolgt, dass ich wieder Einsichten gewinnen und (i. d. R. sprachlich) mit anderen Menschen in Kontakt treten kann.
- ☐ Wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses² trotz Hilfestellung Nahrung nicht mehr auf natürliche Weise zu mir nehmen kann
- ☐ auch dann, wenn ein noch nicht so weit fortgeschrittenes Stadium einer Demenz vorliegt, aber folgende organisch bedingte Problematik aufträte: eine Lebensbedrohung (z. B. Nierenversagen), die nur durch intensivmedizinische bzw. belastende Maßnahmen (z. B. Dialyse (Blutwäsche)) abwendbar wäre.
- ☐ Wenn ich länger als _____ Wochen nicht selbst fähig bin, Entscheidungen zu treffen.
- ☐ wenn ich infolge einer schweren Gehirnschädigung 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 / Wochen / Tage.
- ☐ Wenn (z. B. in Folge von Schlaganfall oder Unfall) körperliche Dauerschädigungen mit bleibender Bettlägerigkeit bzw. Schwerstpflegebedürftigkeit vorliegen.
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

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 – ich Leben lang künstlich ernährt werden, keine Einsichten mehr gewinnen und keine gezielten Bewegungen mehr durchführen können. Lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- und 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 zu sich 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.

Notfallversorgung

Wenn in meiner jetzigen Situation plötzlich ein Notfall (z. B. durch Unfall oder Herzinfarkt) einträte, sollen intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt und ausgeschöpft werden:³

- ☐ ja, unbedingt. Max. Intensivtherapie, solange (geringste) Hoffnung auf Lebensrettung besteht.
- ☐ ja, solange realistische Aussichten bestehen, dass ich ein lebenswertes, umweltbezogenes Leben wiedererlangen kann
- ☐ 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.
- ☐ je nach Situation
 - ☐ wenn keine bleibenden (schweren) Schädigungen zu erwarten sind
 - ☐ wenn realistische Aussichten auf Wiedererlangung von Lebensqualität besteht / nur solange dazu sehr gute Aussichten bestehen
 - ☐ nur wenn Nutzen (v. a. bei fortschreitendem Alter oder Krankheitsverlauf) größer ist als Belastungen und Risiken)
 - ☐ Sonstiges, und zwar: _____
- ☐ nein, bereits jetzt sind intensivmedizinische Maßnahmen von mir prinzipiell nicht mehr erwünscht (z. B. aufgrund hohen Alters, schwerer Erkrankung o. Ä.). Für mich kommen nur noch allgemeinmedizinische Maßnahmen (z. B. bei Knochenbruch) sowie lindernde Maßnahmen in Frage. /
 - ☐ In anderen Fällen, wenn ich etwa zu Hause nicht mehr ansprechbar bin, keinen Notarzt rufen!
- ☐ Keine Festlegung
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

³ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden lindern als auch 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.

Viele Patienten können nach dem Einsatz lebensrettender Intensivmedizin weiterleben, manche gut bzw. wie vorher, andere mit (schweren) Einschränkungen. Einige sterben trotz maximaler Therapie. Erste Basismaßnahmen auf der Straße – durch Laien oder Rettungsassistenten – können i. d. R. gar nicht verhindert werden. Eine fortgesetzte (erweiterte) Wiederbelebung, künstliche Beatmung oder andere apparative Maßnahmen werden von Ärzten und medizinischem Fachpersonal auf einer Intensivstation durchgeführt und bedürfen der Einwilligung.

Wenn ein Herz- Kreislaufstillstand länger als 5 Minuten zurückliegt, muss nach jeder 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.

Medizinische Festlegungen für die oben genannten Situationen**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.
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

Intensivmedizinische Maßnahmen

- ☐ Keine: in den genannten Situationen sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr erfolgen. Die damit einhergehenden Belastungen möchte ich mir ersparen. Ein Sterben wird dann von mir gewünscht, bzw. in Kauf genommen. Das bedeutet bei Willensunfähigkeit im Einzelnen:
 - ☐ keine lebenserhaltenden Eingriffe und Maßnahmen wie z. B. Dialyse (Blutwäsche)
 - ☐ keine Eingriffe wie Amputationen und Organoperationen mehr
- ☐ Keine künstliche Beatmung mehr (bzw. 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.
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

Künstliche Ernährung bei Einwilligungsunfähigkeit⁴

Soll künstliche Ernährung erfolgen, wenn ich selbst nicht (mehr) zustimmen kann?

- ☐ Ja, unbedingt. Auch im Sterbevorgang oder Dauerkoma wünsche ich künstliche Ernährung.
- ☐ Je nach Situation (z.B.: allenfalls (im Krankenhaus) Kalorienzufuhr durch Infusion / Das Legen einer PEG-Sonde ist nur zur kurzfristigen Überbrückung erlaubt, allenfalls für einen Zeitraum von _____ Wochen / nicht als bloße Maßnahme der Pflegeerleichterung / wenn ich bereits _____

⁴ Die Fähigkeit, genügend Nährstoffe aufzunehmen oder überhaupt zu essen (auch mit fremder Hilfe, mundgerecht oder als Brei), kann verloren gegangen sein, z.B. wenn Patienten aufgrund spezieller Beschwerden nicht mehr schlucken können. Dann erfolgt i. d. R. eine künstliche Ernährung durch Magensonde (z. B. durch die Nase oder mittels PEG-Sonde durch die Bauchdecke) mit industriell gefertigten Produkten. Über eine PEG-Sonde ist künstliche Ernährung dauerhaft (auch zu Hause, aber meist im Pflegeheim) möglich. 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.

- ☐ jetzt künstlich ernährt werde: bei Verschlechterung meines Zustandes soll diese Maßnahme eingestellt werden)
- ☐ Bei Verschlechterung meines Zustandes soll diese Maßnahme eingestellt werden
- ☐ In den o. g. Situationen wünsche ich keine künstliche Ernährung mehr, unabhängig von ihrer Form (Magensonde durch die Bauchdecke („PEG“) oder durch die Nase, ebenso wenig wie Kalorienzufuhr durch venöse Zugänge)
- ☐ Ich verzichte dann auch auf künstliche Flüssigkeitszufuhr, außer sie ist – in angemessenem Maße – palliativmedizinisch erforderlich. Auf die fachgerechte Mundpflege und – befeuchtung ist besonderen Wert zu legen. Prinzipiell wünsche ich dann nur noch Flüssigkeit, die ich auf natürlichem Wege über den Mund aufnehmen kann.
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

Bewusstseinsdämpfende und / oder sedierende Mittel⁵

- ☐ Wenn Schmerzen, Atemnot und 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.
- ☐ Eine damit – in seltenen Ausnahmefällen – verbundene todesbeschleunigende Nebenwirkung, bzw. eine bewusstseinsstrübende Nebenwirkung nehme ich in Kauf.
- ☐ Ich stimme im Extremfall auch einer Bewusstseinsausschaltung („künstlicher Tiefschlaf“) oder einer Lebensverkürzung als möglicher, ärztlich nicht beabsichtigter Nebenwirkung zu.
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

⁵ Schmerztherapie, weitest gehende Linderung, bleibende Bewusstseinsklarheit sind Ziele von Palliativmedizin und hospizlicher Begleitung. Deren Grundidee (Lebensqualität bis zuletzt) schließt eine absichtlich herbeigeführte „aktive“ Sterbehilfe aus. 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 sein. 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 („Langeitnarkose“).

Eine fachgerechte lindernde Behandlung – einschließlich der Gabe von Morphin als hochwirksames 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.

Einstellungen zu Blutbestandteilen, Antibiotika und anderen Medikamenten

- ☐ In o. g. Situationen verzichte ich auch auf solche Maßnahmen und Medikamente (die ambulant verabreicht werden können). Ich will dann keinerlei Stabilisierung oder mögliche Lebensverlängerung mehr.
- ☐ Ich wünsche sie nur, wenn sie zur Linderung von Beschwerden erforderlich wären.
- ☐ Akute Infekte sollen auch in o. g. Situationen weiter behandelt werden
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

Zur späteren Entscheidungsfindung und Interpretation meines Willens

- ☐ Die von mir in der beigefügten Gesundheitsvollmacht benannten Personen sollen – nach ärztlicher Aufklärung – das „letzte Wort“ im Prozess der Entscheidungsfindung haben. Bei notwendig werdenden Interpretationen kommt ihnen ein eigener Ermessensbereich zu.
- ☐ Bei Schwierigkeiten mit der Auslegung meiner Patientenverfügung soll Unterstützung (für mich bzw. meinen Patientenvertreter oder Angehörigen) in Anspruch genommen werden durch:
Name, (Vor- und Zuname): _____
Adresse: _____
- ☐ 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 Ärzte und Ärztinnen unmittelbar verbindlich. Solange ich sie nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Situation keine Änderung meines Willens unterstellt werden.
- ☐ Sollte ich v. a. bei Demenz einen Behandlungsverzicht (scheinbar) widerrufen, so muss festgestellt werden, dass die notwendige Einsichtsfähigkeit dazu sicher (!) noch vorhanden ist.
- ☐ Alle behandelnden Ärzte dürfen nach medizinischem Ermessen (Prognose) und ihrer Verantwortung (mit-)entscheiden.
- ☐ Mögliche Einschränkungen / sonstige Bestimmungen zur Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung (z.B. ein hier ausgesprochener Behandlungsverzicht soll unwirksam werden, wenn eine solche Behandlung im Ausnahmefall notwendig wäre, um quälende Schmerzen zu vermeiden / auch dann, um noch eine – möglicherweise – erhebliche Besserung erzielen zu können, z. B. wenn es dafür mir heute noch unbekannte Methoden oder neue Medikamente geben sollte):

Lebensqualität bei körperlichen Dauerschädigungen / chronischem Leiden⁶

Wären (sind) schwere körperliche Dauerschädigungen und Leiden für mich – voraussichtlich – annehmbar?

- ☐ Ja, unbedingt
- ☐ Je nach Situation. Um damit leben zu können, wären (sind) folgende Bedingungen für mich wichtig:
 - ☐ Wohnen-Bleiben zu Hause
 - ☐ Erhalt möglicher Lebensfreude und selbstständiger Lebensführung
 - ☐ Beweglichkeit im Rollstuhl
 - ☐ Keine dauerhafte Bettlägerigkeit
 - ☐ Kein „Dahinsiechen“ mit lähmender Erschöpfung und Kontrollverlust über Körperausscheidungen (Blase, Darm)
 - ☐ Solange auftretende Schmerzen und Symptome beherrschbar sind
 - ☐ Ich geistig klar bleiben würde
 - ☐ Solange mein jetziger Zustand sich nicht noch – entscheidend – verschlechtern würde
 - ☐ Anderes: _____
- ☐ Nein, heute und auch in Zukunft wären folgende Bedingungen für mich nicht lebens- und erhaltenswert:
 - ☐ Wohnen-Bleiben zu Hause
 - ☐ Erhalt möglicher Lebensfreude und selbstständiger Lebensführung
 - ☐ Beweglichkeit im Rollstuhl
 - ☐ Keine dauerhafte Bettlägerigkeit
 - ☐ Kein „Dahinsiechen“ mit lähmender Erschöpfung und Kontrollverlust über Körperausscheidungen (Blase, Darm)
 - ☐ Solange auftretende Schmerzen und Symptome beherrschbar sind
 - ☐ Ich geistig klar bleiben würde
 - ☐ Solange mein jetziger Zustand sich nicht noch – entscheidend – verschlechtern würde
 - ☐ Anderes: _____
- ☐ Mein Leiden ist bereits heute unerträglich.
- ☐ Nein, man soll alle Lebenserhaltung sofort einstellen – auch bei noch guten Besserungschancen bzw. nur geringfügiger Gehirnschädigung
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

⁶ Mit schweren körperlichen Behinderungen oder chronischen Einschränkungen (z. B. nach Schlaganfall oder durch Krebs) zu leben, können manche Menschen besser bewältigen als andere. Dies kann eine Dauerabhängigkeit betreffen (z. B. von Dialyse-Geräten bei Nierenversagen) oder von anderen Menschen (Schwerstpflegebedürftigkeit). Bewertet werden können hier sowohl mögliche Folgen von bereits bestehenden Schädigungen, als auch bereits bestehende Schädigungen und Behinderungen.

Wie und wo ich sterben möchte

Ich möchte...

- ☐ wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- ☐ möglichst im Beisein mir Nahestehender
- ☐ 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).

- ☐ Einen plötzlichen Herztod sehe ich als „Chance“ an
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

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 (inklusive Telefonnummer): _____
- ☐ sonstige einzubeziehende Person (sofern nicht Angehörige oder Bevollmächtigte): _____
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

Organ-/Gewebespenden:

- ☐ 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
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

Unabhängig von den drei vorgenannten Optionen gilt:

- ☐ ich bin mit der Entnahme von Gewebe (zur Spende) nach meinem Tod einverstanden.
- ☐ Eine Entnahme meiner Gewebe (zur Spende) nach meinem Tod kommt für mich nicht in Frage.
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

Ort, Datum_____
Unterschrift, ggf. Stempel

(Vorsorge-)Vollmacht

für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten (zum Umgang mit Behörden, Geld, Post, Verträgen u. ä.)

Ich (Vollmachtgeber*in): _____

Name, Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Bevollmächtigte folgende Person(en) (wenn weiter unten nicht angegeben, sind die Personen jeweils einzeln vertretungsberechtigt).

Name, Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name, Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

- ☐ Dieses Dokument gilt als Vollmacht. Sie ist unmittelbar gültig und sofort nutzbar (ohne Zusatzbedingungen).

oder

- ☐ Dieses Dokument gilt als Vorsorge-Vollmacht. Sie ist nur gültig, wenn der Bevollmächtigte zusätzlich ein ärztliches Attest vorlegt, dass ich meine hier genannten Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann.

In jedem Fall soll(en) die o. g. Person(en) später einmal ohne Kontrolle eines Betreuungsgerichtes Regelungen treffen können. Diese (Vorsorge-)Vollmacht gilt (insbesondere) für den Fall meiner Geschäftsunfähigkeit. Sie gilt bis auf Widerruf und über den Tod hinaus.

Sie berechtigt insbesondere dazu:

- ☐ Mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialversicherungsträgern sowie bei Prozesshandlungen aller Art zu vertreten
- ☐ Einen Miet- oder Heimvertrag sowie Verträge mit Pflegediensten, Kliniken o. ä. abzuschließen oder zu kündigen
- ☐ Mir ist bewusst, dass für medizinische Angelegenheiten einschließlich Aufenthaltsbestimmung, eine ergänzende Gesundheitsvollmacht notwendig ist
- ☐ Meinen Haushalt aufzulösen
- ☐ Die für mich bestimmte Post entgegenzunehmen und zu öffnen, sowie über den Fernmeldeverkehr zu entscheiden (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen)
- ☐ Meine Geldangelegenheiten zu verwalten und Zahlungen vorzunehmen

- ☐ Über Vermögens- und Wertgegenstände zu verfügen und hierbei Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vorzunehmen
- ☐ Mir ist bewusst, dass Kreditinstitute (Banken, Sparkassen) eine spezielle Vollmacht (i. d. R. auf hausinternen Formularen) verlangen und dass für Immobiliengeschäfte sowie Handelsgewerbe eine notarielle Vollmacht erforderlich ist.

Besonderheiten:

(Wenn dieses Feld nicht genutzt wird, ist es durch einen Strich zu entwerfen)

Die bevollmächtigte(n) Person(en) soll(en) auch Untervollmachten erteilen dürfen:

- ☐ ja
- ☐ nein

Sollte das Betreuungsgericht im Ausnahmefall trotz dieser Vollmacht (etwa bei Zweifel an der zugrundeliegenden Geschäftsfähigkeit) eine Betreuung anordnen, so ist dafür der / die Bevollmächtigte vorgesehen.

Ort, Datum

Unterschrift vollmachtgebende Person

Folgende Person / Einrichtung bezeugt, dass ich diese Vollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und aus eigenem Willen abgegeben hab: *(Eine Bezeugung ist anzuraten, aber nicht gesetzlich vorgeschrieben.)*

Name, (Vor- und Zuname): _____

ggf. Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Stempel

Gesundheitsvollmacht

für medizinische und gesundheitliche Angelegenheiten
Zur Vorlage beim Arzt, in der Klinik u. a.

Ich (Vollmachtgeber*in),

Name, Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

bevollmächtige folgende Person(en) (wenn weiter unten nicht angegeben, sind die Personen jeweils einzeln vertretungsberechtigt):

Name, Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name, Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte in jedem Fall, meine(n) Bevollmächtigte(n) über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären. Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Sollte –dauerhaft oder vorübergehend – meine Einwilligung- bzw. Äußerungsfähigkeit in Bezug auf medizinisch / pflegerische Behandlungen eingeschränkt oder verloren sein, umfasst die Vollmacht alle persönlichen Angelegenheiten im Rahmen der Gesundheitsvorsorge. Sie umfasst insbesondere:

- ☐ Gemäß § 1904 BGB eine Einwilligung in Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Heilbehandlung sowie in sämtliche ärztliche Eingriffe zu erteilen, zu widerrufen oder abzulehnen.
- ☐ Dies gilt auch dann, wenn mit dem Durchführen, Abbrechen oder Unterlassen dieser Maßnahme verbunden wäre, dass ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte oder dass ich sterben würde
- ☐ Meinen Aufenthalt (Verbleib zu Hause, Aufnahme in ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim) zu bestimmen.
- ☐ Sofern zu meinem Wohl erforderlich über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung bzw. über unterbringungsähnliche und/oder freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Bettgitter, Medikamente u. ä. zu entscheiden (zusätzlich ist eine richterliche Verfügung erforderlich).
- ☐ Mir ist bewusst, dass zur Regelung von Mietangelegenheiten, Verträgen mit Pflegediensten, Kliniken usw. eine ergänzende (Vorsorge-) Vollmacht für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten erforderlich ist.

Besonderheiten (z. B. Behandlungsverzicht, Krankheitsbild, vorliegender Patientenverfügung, Berechtigung zur Einwilligung des Bevollmächtigten auch in Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie)

(Wenn dieses Feld nicht benutzt wird, ist es durch einen Strich zu entwerfen)

Wenn keine näheren Bestimmungen (s. o. oder auf einem Zusatzblatt oder in separater Patientenverfügung) vorliegen, gelten allgemeine ethische Grundsätze. Danach dürfen Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen werden, wenn diese nur noch den Todeseintritt verzögern.

Ort, Datum

Unterschrift vollmachtgebende Person

Folgende Person / Einrichtung bezeugt, dass ich diese Vollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und aus eigenem Willen abgegeben hab: *(Eine Bezeugung ist anzuraten, aber nicht gesetzlich vorgeschrieben.)*

Name, (Vor- und Zuname): _____

ggf. Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Stempel