



PATIENTENVERFÜGUNG UND GESUNDHEITSVOLLMACHT

Es gehört zur ethischen Tradition des ärztlichen Berufes, sich für den ganzen Menschen und nicht nur für die Symptome von Krankheiten verantwortlich zu wissen. Ärzte sind aus diesem Grunde arztrechtlich verpflichtet, Patienten über geplante Diagnosen und Behandlungen aufzuklären und die Zustimmung einzuholen. Eine Orientierung am Patientenwillen ist jedoch schwierig oder unmöglich, wenn Sie zeitweise oder längere Zeit, bedingt durch Krankheit oder Nebenwirkungen, nicht in der Lage sind, Informationen zu verstehen und Behandlungen zuzustimmen oder abzulehnen. In Sonderfällen, die Sie vermeiden sollten, werden Ärzte sich an das Gericht wenden mit der Bitte, einen Betreuer für Sie einzusetzen, der dann stellvertretend für Sie entscheidet.

Es ist deshalb in Ihrem Interesse, dass Sie selbst einen Bevollmächtigten benennen, der Sie und Ihre Werte und Wünsche kennt und für Sie sprechen kann. Der beiliegende Vordruck einer Patientenverfügung gibt Ihnen die Möglichkeit, sowohl Ihre allgemeinen Wertvorstellungen und spezielle Behandlungswünsche für bestimmte typische Situationen auszusprechen und gleichzeitig einen Bevollmächtigten Ihres Vertrauens zu benennen.

Sie finden hier ein Formular, an denen Ärzte und Bevollmächtigte sich orientieren müssen.

Überlegen Sie sehr genau, was sie wollen und wen Sie beauftragen wollen. Lassen Sie sich Zeit und beschäftigen Sie sich zur Vorbereitung mit der Frageliste zu Ihren heutigen und künftigen Erwartungen und Werten. Sprechen Sie auch in der Familie oder mit Freunden über Ihre Selbsteinschätzung und Ihre persönliche Gesundheitsvollmacht. Sie finden zusätzliches Vorbereitungsmaterial in einer von uns herausgegebenen Broschüre *"Die persönliche Patientenverfügung"*¹ und zusätzliche Formulardrucke in dem *"Ratgeber Patientenverfügung"*² von Jacobi, May, Kielstein, Bienwald. Beide Publikationen sind im Lit-Verlag, Münster, erschienen und können über den Buchhandel oder das ‚Zentrum für Medizinische Ethik‘ bezogen werden.

Bitte versäumen Sie auch nicht, mit einem Arzt Ihres Vertrauens über Ihre persönliche Gesundheitsvollmacht zu sprechen und sich beraten zu lassen. Übereilen Sie nichts, aber verschieben Sie diese für Sie wichtigen Gespräche und Entscheidungen auf keinen Fall.

Prof. Dr. med. Rita Kielstein
Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass

¹Kielstein, Rita; Sass, Hans-Martin: Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung. Fünfte, überarbeitete und erweiterte Auflage. Münster: Lit-Verlag 2005

²Jacobi, Thorsten; May, Arnd t.; Kielstein, Rita; Bienwald, Werner: Ratgeber Patientenverfügung. Vorgedacht oder selbstverfasst? Vierte, aktualisierte Auflage. Münster: Lit-Verlag 2004

1. WER SOLL FÜR MICH ENTSCHEIDEN?

Herr B. ist 79 Jahre alt und benötigt für alle Verrichtungen des täglichen Lebens die Hilfe anderer. Er kann zunehmend schlechter hören und sehen, er hat keine Interessen mehr und ist häufig geistig verwirrt. Weil er früher starker Raucher war, ist die Durchblutung seiner Beine gestört; er kann nur wenige Meter ohne Schmerzen laufen. Durch eine Gefäßoperation im Bauchraum könnten die Schmerzen beim Gehen behoben werden, seine Bewegungsfähigkeit verbessert und seine Hilfsbedürftigkeit reduziert werden. Herr B. ist aber nicht in der Lage, sich zu den Vorteilen und Risiken des Eingriffs sinnvoll zu äußern. Seine Kinder halten den geplanten Eingriff für problematisch und neigen dazu, ihrem Vater die Operation zu ersparen, da sie meinen, dass seine Lebensqualität dadurch nur unwesentlich verbessert werden würde. Herr B. selbst hat sich früher, als er noch Situationen klar verstehen und auch in ihnen entscheiden konnte, nie zu Fragen künftiger medizinischer Behandlungen geäußert.

? Wenn Sie einmal in einer vergleichbaren Situation nicht mehr entscheidungsfähig sind, wer soll stellvertretend für Sie entscheiden, der Arzt, Ihre Kinder, Ihr Partner, oder eine andere Person? Wen möchten Sie nicht mit dieser Verantwortung belasten?

? Wenn jemand in 'gesunden Tagen' erklärt, dass er bestimmte Behandlungen in bestimmten Situationen ablehnen oder vorziehen würde, sollten Ärzte und Familie sich nach Ihrer Meinung auch in 'schlechten Tagen' daran halten?

? Wenn Sie in Herrn B.s Situation wären, wie sollte man für Sie entscheiden?

? Versetzen Sie sich in die Geschichte von Herrn B. und denken Sie diese Geschichte so um, dass die Behandlung Ihren Wünschen und Vorstellungen entspricht.

2. LEBENSVERLÄNGERUNG UNBEDINGT UND IN JEDEM FALL?

Frau N., 66 Jahre alt, wird seit zwölf Jahren im Seniorenheim betreut, weil sie an der Alzheimer Krankheit im fortgeschrittenen Stadium leidet. Sie weiß selten, wo sie ist und erkennt auch zeitweise Mitglieder ihrer Familie und ihres Pflegeteams nicht. Im Zusammenhang mit einer Lungenentzündung verweigert sie die Nahrungsaufnahme und wird deshalb mit einer PEG-Sonde ernährt, die operativ durch die Bauchwand in den Magen eingebracht wird. Sie äußert kein Hunger- und Durstgefühl. Bisher war sie vom Pflegeteam hingebungsvoll gefüttert worden. Der Sohn von Frau N. ist seit zwölf Jahren vom Amtsgericht als Betreuer eingesetzt und wurde erst nachträglich über den chirurgischen Eingriff informiert. Er verlangt die Einstellung der Sondenernährung und beruft sich auf den mehrfach ihm und ihrer besten Freundin gegenüber geäußerten Wunsch seiner Mutter, nicht 'künstlich am Sterben gehindert' zu werden und 'nicht von anderen abhängig' zu sein.

? Würden Sie in der Situation von Frau N. für sich selbst eine künstliche Ernährung [Sonde durch die Bauchwand, oder Tropfinfusion über ein Blutgefäß] ablehnen?

? Halten Sie es für richtig, dass ein entscheidender medizinischer Eingriff ohne Einwilligung des vom Patienten benannten Betreuers oder Bevollmächtigten gemacht wird?

? Würden Sie in anderen Situationen, in denen 'keine Hoffnung auf Besserung' besteht, künstlich ernährt und mit Flüssigkeit versorgt werden wollen, auch wenn Sie keinen Hunger und Durst haben?

? Versetzen Sie sich in die Geschichte von Frau N. und denken Sie die Geschichte so um, dass die Behandlung Ihren Wünschen und Vorstellungen entspricht.

3. UNBEKANNTE FOLGEN EINES SCHLAGANFALLS

Frau D., 55 Jahre alt, bricht im Büro bewusstlos zusammen. Im Krankenhaus wird ein Schlaganfall festgestellt, vermutlich die Folge eines seit Jahren bestehenden und nicht konsequent behandelten Bluthochdrucks. Die Ursache des Schlaganfalls könnte eventuell mit dem Risiko zusätzlicher Hirnschädigung operativ beseitigt oder aber über einen längeren Zeitraum durch Medikamente ganz oder nur teilweise abgebaut werden. In diesem Krankheitsstadium ist aber nicht mit Sicherheit vorauszusagen, welche Dauerschäden zurückbleiben werden. Diese können von einer leichten bis zu einer völligen Lähmung reichen und/oder den Verlust des Sprach-, Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkvermögens einschließen.

? Mit welchen Dauerschäden könnten Sie sich vorstellen, weiterzuleben?

? Welche Dauerschäden wären für Sie so schwerwiegend, dass Sie mit diesen nicht weiterleben möchten und deshalb die medizinische Versorgung von zusätzlich auftretenden und durchaus behandelbaren Krankheiten, wie zum Beispiel Infektionen (Lungenentzündung), ablehnen, solange Schmerzen, Durst und Hunger, Angst, Unruhe und Luftnot angemessen behoben werden?

? Welche anderen Situationen wären für Sie so unerträglich, dass Sie auch nicht mehr künstlich ernährt werden wollen und nur wünschen, dass die unterschiedlichen Beschwerden, wie Schmerzen und Unruhe, Angst und Atemnot durch Pflege und Medikamente behandelt werden?

? Versetzen Sie sich in die Geschichte von Frau D. und denken Sie diese Geschichte so um, dass die Behandlung Ihren Wünschen und Vorstellungen entspricht.

4. AUF MEDIZINISCHE BEHANDLUNG VERZICHTEN?

Herr M., 42 Jahre alt, ist zuckerkrank und muss sich seit seinem 14. Lebensjahr täglich mehrmals Insulin spritzen und eine strenge Diät einhalten. Als Folge der 'Zuckerkrankheit' ist er seit vier Jahren blind. Seit zwei Jahren muss er dreimal wöchentlich für einige Stunden an die 'Künstliche Niere' angeschlossen werden; schon damals äußerte er den Wunsch, lieber zu sterben, ließ sich dann aber doch behandeln. Vor einem Jahr wurde ihm wegen schwerer Durchblutungsstörungen ein Bein amputiert; er hatte dieser Operation zugestimmt, weil er die inzwischen erfolgte Hochzeit seiner Tochter und die Geburt seines ersten Enkels noch erleben wollte. Als jetzt wegen einer schweren Infektion die Amputation des rechten Armes notwendig wird, verweigert er diese und lehnt die Weiterbehandlung an der 'Künstlichen Niere' ab. Trotz zahlreicher Gespräche lässt er sich nicht von seiner Entscheidung abbringen, wird nicht mehr dialysiert und verstirbt eine Woche später, wie er gewünscht hatte, ohne Schmerzen an den Folgen einer Harnvergiftung.

? Wie hätten Sie an Stelle von Herrn M. entschieden?

? Können Sie sich vorstellen, dass Sie sich ebenso wie viele Mitbürger, die an unterschiedlichen chronischen Krankheiten leiden, mit dem Fortschreiten der Krankheit an neue Belastungen und Behinderungen gewöhnen? An welche?

? Würden Sie intensive medizinische Behandlungen fortsetzen wollen, um ein bestimmtes Ereignis noch zu erleben oder um selbst noch etwas zu erledigen? Was wäre Ihnen so wichtig?

? Versetzen Sie sich in die Geschichte von Herrn M. und denken Sie diese Geschichte so um, dass die Behandlung Ihren Wünschen und Vorstellungen entspricht.

MEINE PERSÖNLICHE EINSTELLUNG ZU GRENZSITUATIONEN IM LEBEN

Fragen für heute (aktuelle Selbstbewertung) und für später (künftige Selbstbestimmung)

Wir alle wissen, dass sich unser Wert- und Weltbild ändern kann, vor allem auch unter dem Einfluss künftiger Erfahrungen und Erlebnisse. Einige von uns möchten sich deshalb nicht genau festlegen; andere wiederum sind sich der wichtigsten Werte und Wünsche sehr sicher und wollen, dass diese Werte und Wünsche handlungsleitend und bindend für andere sind. Die folgenden Fragen sollen Ihnen helfen, sich über Ihre Werte und Wünsche klar zu werden, die im Falle von Unfähigkeit zur eigenen Entscheidung handlungsleitend sein könnten.

Streichen Sie die von Ihnen gewünschte Bewertung an, zuerst nach der jetzigen Wichtigkeit (Zahlen 1 bis 5) und danach nach der künftigen Verbindlichkeit (Buchstaben A bis E). Wägen Sie sorgfältig ab und diskutieren Sie auch diese Abwägungen mit einem Arzt Ihres Vertrauens. Aktuell wichtig: 1 = sehr wichtig; 2 = wichtig; 3 = je nach Situation; 4 = kann ich nicht entscheiden; 5 = nein. Verbindlich für die Zukunft: A = unbedingt wichtig; B = wichtig; C = je nach Situation; D = kann ich nicht entscheiden; E = nein.

	aktuell wichtig	zukünftig wichtig
1. Ich möchte solange leben wie möglich,	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
solange ich einigermaßen gesund bin	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
solange eine Aussicht auf Besserung besteht	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn ich für immer bewusstlos bin	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn ich geistig unzurechnungsfähig bin	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn ich dem Tode nahe bin	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn ich ständig die Hilfe anderer benötige	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
2. Ich möchte ohne Leiden und Schmerzen sein	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Behandlung die Klarheit des Denkens beeinträchtigt	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Behandlung mich müde und schläfrig macht	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Behandlung unbeabsichtigt meine Lebensspanne verkürzt	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
3. Ich wünsche menschlichen und medizinischen Beistand im Sterben	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Medikamente mich müde und schläfrig machen	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Medikamente meine Lebensspanne verkürzen	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Medikamente direkt ¹ meinen Tod herbeiführen	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
4. Bei unheilbarer Krankheit und Erwartung stark eingeschränkter Lebensqualität		
wünsche ich umfassende Aufklärung	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
sollen meine Betreuer/Bevollmächtigter umfassend aufgeklärt werden	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
soll meine Familie umfassend informiert werden	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
5. Wenn meine letzte Stunde gekommen ist, möchte ich		
in vertrauter Umgebung sein	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
im Kreis meiner Lieben sein	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
dort sein, wo medizinische und menschliche Betreuung gesichert ist	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
6. Man soll sich an meinen Bewertungen und Wünschen orientieren	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E

¹ Die Verabreichung von Medikamenten mit dem Ziel der Tötung (aktive Euthanasie) ist in der Bundesrepublik Deutschland verboten.

PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG¹

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit²

Vorname und Name, Geburtsdatum und Geburtsort

I. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben hat einen Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so sollen der/die hier benannte(n) Bevollmächtigte(n), die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen und sich nicht an dem orientieren, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen. Vor allem wünsche ich, dass der natürliche Sterbeprozess und unheilbare, zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert werden.

II. Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

1. Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität ermöglichen. Ich wünsche auch mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden (ja nein) , ich akzeptiere auch fremde Gewebe, Blut und Organe (ja nein).

2. Wenn ich mich aber (a) unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder im Sterbeprozess befinde, (b) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder (c) wenn ich längere Zeit bewusstlos bin und nur eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass ich das Bewusstsein wiedererlange, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um menschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses unternommen wird. Ich verlange jedoch ausdrücklich, dass in diesen Situationen alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ausgeschöpft werden, so dass ich ohne körperliche Schmerzen und seelische Leiden sein kann. Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mir vertrauten Umgebung zu verbringen, sofern das mit guter pflegerischer und medizinischer Versorgung vereinbar ist.

¹ Diese *Vorsorgliche Patientenverfügung und Vollmacht für die medizinische Betreuung* besteht aus 3 Teilen. Im 1. Teil informieren Sie Ihre Ärzte, Bevollmächtigten oder Betreuer über Ihre allgemeine Einstellung zu Leben und Tod, Gesundheit und Krankheit. Im 2. Teil äußern Sie sich zu medizinischer Versorgung und Pflege für den Betreuungsfall, insbesondere auch zu Schmerzbehandlung, Wiederbelebung, künstlicher Ernährung und Beatmung sowie zur Behandlung chronischer Krankheiten im Endstadium. Im 3. Teil bevollmächtigen Sie eine Person *Ihres* Vertrauens, die *Ihre* Wünsche und Verfügungen kennt, bestimmten medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder solche abzulehnen. Die 3 Teile binden den Bevollmächtigten an Ihre Erwartungen und Verfügungen und geben ihm genügend Spielraum für Einzelentscheidungen. Streichen Sie in diesem Formular alle Sätze oder Abschnitte, die Sie nicht verstehen oder die Sie zu kompliziert finden; unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht verstehen.

² Machen Sie es sich zur Gewohnheit, Ihre Betreuungsverfügung nach neuen Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Leiden oder etwa alle drei Jahre zu bestätigen und gegebenenfalls zu ändern.- Diese Patientenverfügung kann jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Sie ist rechtsverbindlich und kann bei Missachtung gerichtlich durchgesetzt werden. (Bundesgerichtshof NJW 1995:204ff; Kutzer NStZ 1994:110ff; Uhlenbruck NJW 1996:1583ff; OLG Frankfurt NJW 1998:2747; OLG Frankfurt Az20W419/01; LG München 18.02.1999: Az. 13 T 478/99); vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer, DtÄBl 1998, A-2366-2367; Handreichungen für Ärzte, DtÄBl 1999, A-2720-2721; Bundesgerichtshof XII.ZB.2/03 vom 13.3.2003

3. Insbesondere treffe ich für den Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, den beschriebenen Verlust meiner geistigen Fähigkeiten oder eine langanhaltende Bewusstlosigkeit folgende *besondere Verfügungen*³:

(A) Pflege und menschliche Begleitung: Ich wünsche menschliche und medizinische Begleitung, insbesondere menschenwürdige Unterbringung und Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Mund- und Körperpflege.

(B) Schmerztherapie: Ich fordere eine wirksame *Behandlung* quälender Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Depression und Schlaflosigkeit,

§ auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde **ja** **nein**

§ auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewusstsein verliere: **ja** **nein**

§ auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird **ja** **nein**

(C) Wiederbelebung: Ich wünsche die *Unterlassung* von Versuchen zur Wiederbelebung,

§ im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit **ja** **nein**

§ wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne **ja** **nein**

§ bei langanhaltender Bewusstlosigkeit **ja** **nein**

(D) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr: Ich wünsche die *Unterlassung* künstlicher Ernährung durch eine Sonde oder über die Vene, bei fehlendem Durstgefühl auch die *Unterlassung* künstlicher Flüssigkeitszufuhr, außer wenn diese bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist

§ im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit **ja** **nein**

§ wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne **ja** **nein**

§ bei langanhaltender Bewusstlosigkeit **ja** **nein**

(E) Sonstige Verfügungen und Hinweise¹: Solange kein von mir oder meinem/n Bevollmächtigten akzeptierter und aktualisierter *Medizinischer Behandlungsplan* vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier nicht angesprochen sind.

³ Sie sollten diesen Teil Ihrer Verfügung mit einem Arzt Ihres Vertrauens oder einer medizinisch erfahrenen Person beraten. Wenn Sie sich über den möglichen Schaden oder Nutzen von Festlegungen zu Behandlungen oder deren Unterlassung nicht ganz sicher sind, so streichen Sie diesen Abschnitt ganz oder in Teilen oder einzelne Satzteile oder Worte.

¹ Ihre Patientenverfügung gibt Ärzten und Pflegenden Hinweise für eine individualisierte medizinische und pflegerische Betreuung, auch wenn nicht alle künftigen medizinischen oder pflegerischen Situationen vorausgesehen werden können. Wenn es zu einer akuten Änderung Ihres Zustandes oder Ihres Aufenthaltsortes kommen sollte, so kann der behandelnde Arzt einen aktuellen *Medizinischen Behandlungsplan* gemeinsam mit Ihnen oder der(m) Bevollmächtigten aufstellen, beispielsweise für unerwünschte, aber nicht auszuschließende Komplikationen bei medizinischen Eingriffen oder künftige Komplikationen bei chronischen Erkrankungen. Viele Mitbürger haben gelernt, mit einer chronischen Erkrankung zu leben und kennen deren typischen Verlauf (z.B. unheilbare und metastasierende Krebserkrankung, schwere Herz- und Lungenerkrankung, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, chronisches Nierenversagen mit Dialysepflicht, Amyotrophe Lateralsklerose) und möchten vorweg persönliche Verfügungen für deren Behandlung im fortgeschrittenen Stadium treffen.

III. Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten

1. Für den Fall, dass ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann, erteile ich hiermit unter Bezugnahme auf § 1896 II 2 BGB dem/der

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

die Vollmacht, mich gegenüber Ärzten, den Angehörigen medizinischer und pflegerischer Berufe, Krankenhäusern, Seniorenheimen und den dort Tätigen als Gesundheitsbevollmächtigter zu vertreten.

2. Sollte der/die von mir benannte Gesundheitsbevollmächtigte erklären, dass er/sie nicht in der Lage oder nicht mehr willens ist, meine Vertretung wahrzunehmen, so erteile ich an seiner/ihrer Stelle eine inhaltsgleiche Vollmacht

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

ersatzweise

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

ersatzweise

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

3. Ich entbinde Ärzte gegenüber meinem/r Gesundheitsbevollmächtigten von der Schweigepflicht und erwarte, dass sie meine/n Gesundheitsbevollmächtigten umfassend aufklären und beraten.

4. Ich erwarte, dass mein Bevollmächtigter sich bei Inanspruchnahme der Vollmacht insoweit mit mir verständigt, als es den Umständen nach möglich ist, und sich an meinen Werten, Wünschen und Verfügungen orientiert, wie ich sie hier niedergelegt habe und wie sie ihm sonst bekannt sind.

5. Die Vollmacht umfasst die Erteilung oder Versagung von Einwilligungen in Untersuchungen, Heilbehandlungen und andere ärztliche Eingriffe und zwar auch dann, wenn (im Sinne von § 1904 I 1 BGB) nicht ausgeschlossen werden kann, dass ich aufgrund der Maßnahme oder ihrer Unterlassung einen schweren oder länger dauernden Schaden erleide oder versterbe.

6. Die Vollmacht umfasst auch Maßnahmen zur Unterbringung und sonstige Maßnahmen im Sinne von § 1906 IV BGB, selbst wenn diese zeitweise oder regelmäßig mit einer Einschränkung meiner Freiheit (z.B. Anbringen von Bettgittern und Medikamente zur Ruhigstellung) verbunden wären.

7. Dem/r Gesundheitsbevollmächtigten stehen Aufwandsersatz (gemäß § 670 BGB) und Aufwandsentschädigung (gemäß §§ 1835, 1835 a BGB) zu.

8. Diese Vollmacht gilt auch für die rechtliche Besorgung meiner Vermögensangelegenheiten und umfasst die Befugnis, Post- und Behördensachen zu erledigen, für mich über meine Einkünfte, Konten und Depots zu verfügen, Kranken- und Pflegeheimkosten zu bezahlen und Verträge abzuschließen¹

9. Der/Die Bevollmächtigte hat das Recht, im Einzelfall Untervollmacht zu erteilen

ja nein
ja nein

10. Ich bitte darum, folgende Personen nicht zum/r Betreuer/in zu bestellen:²

¹ Sie können auch, um Missbrauch vorzubeugen, eine gesonderte Vollmacht für die rechtliche Vertretung in Vermögensangelegenheiten ausstellen und diese durch eine dritte Person (Pfarrer, Anwalt, Arzt, Freund) aufbewahren lassen; diese Person wird die Vollmacht erst herausgeben, wenn sie sich überzeugt hat, dass Sie Ihre Vermögensangelegenheiten nicht mehr selbst regeln können.- Wenn Sie keine Vollmacht (auch nicht in Gesundheitsangelegenheiten) vergeben wollen, dann streichen Sie diesen Teil III insgesamt; falls erforderlich, wird das Gericht einen Betreuer benennen.

² Wenn Sie jemanden nicht als Bevollmächtigten wünschen, so muss das nicht mit Misstrauen begründet sein, sondern auch, weil Sie ihn/sie nicht mit dieser Verantwortung belasten möchten.

11. Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so verlange ich, dass die hier von mir benannte(n) Person(en) rechtlich als Betreuer bestellt wird/werden. Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

IV. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Zustimmung des Gesundheitsbevollmächtigten

Ich kenne den Inhalt dieser Patientenverfügung und bin bereit, im Sinne der Bevollmächtigung tätig zu werden

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Bestätigung durch einen Zeugen¹

Ich bestätige, dass _____, Verfasser(in) dieser Patientenverfügung, sie heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Ort, Datum

Unterschrift einer Zeugin/eines Zeugen

Überprüfung und Bestätigung der Patientenverfügung

1. Datum _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

2. Datum _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

3. Datum _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

¹ Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung hängt nicht von der Unterschrift eines Zeugen ab. Sollte aber Ihre Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Patientenverfügung bestritten werden, ist es wichtig, dass ein unabhängiger Zeuge Ihre Unterschrift und Ihre freie Entscheidung bestätigt hat. Dieser Zeuge wäre vorzugsweise der Arzt, mit dem Sie die medizinischen Einzelheiten Ihrer Verfügung beraten haben, oder ein Notar; beides kann die Ernsthaftigkeit Ihrer Verfügung unterstreichen.