

Für den Fall, dass ich

**Name, Vorname:**

**Geborene:**

**Geb. Datum:**

**Ort:**

**PLZ / Wohnort:**

**Straße:**

**meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bestimme ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte folgendes:**

**1 Diese Verfügung gilt:**

- 1.1 wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- 1.2 wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist .
- 1.3 wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.  
Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso, wie für indirekte Gehirnschädigungen, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- 1.4 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.

**2 In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, in Absprache mit den Ärzten:**

**2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen**

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

**2.2 Schmerz- und Symptombehandlung**

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, auch durch bewusstseinsdämpfende Mittel und Antibiotika zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**2.3 Künstliche Ernährung**

Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

**2.4 Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

Ich wünsche die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

**2.5 Wiederbelebung**

Ich wünsche die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

**2.6 Künstliche Beatmung**

Ich wünsche, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

**2.7 Dialyse (Blutwäsche)**

Ich wünsche, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

**Jegliche Art der Zwangsbehandlung ist verboten und strafbar.**

Der Bundestag hat am 18.06.2009 das Gesetz § 1901a Absatz 1 BGB beschlossen.  
Das neue Patientenverfügungsgesetz trat am 01.09.2009 in Kraft. Um den Willen des Betreuers Ausdruck und Geltung zu verschaffen gibt es folgende Gesetze: § 1901b Feststellung des Patientenwillen, § 1901c Schriftliche Betreuungswünsche und Vorsorgevollmacht. Im medizinischen Notfall muss der Arzt oder Betreuer aus der schriftlichen Erklärung eindeutig ablesen können, was der Betroffene für sich gewollt hat und wie er entscheiden würde, wenn er dies noch selbst könnte.

Hier können Sie noch zusätzliche Wünsche, Änderungen oder **weitere Ersatzperson einsetzen**, wenn die anderen Bevollmächtigten oder Betreuer durch Urlaub oder Krankheit verhindert sind und mit einer Unterschrift bestätigen.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geborene:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Straße:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geborene:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Straße:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Im Vertrauen auf die volle Ehrenhaftigkeit der bevollmächtigten Personen, die mich auf meinem Sterbeweg begleiten, erwarte ich, dass der in dieser Patientenverfügung geäußerte Wille befolgt wird und die oder der von mir benannte Bevollmächtigte Sorge für dessen Durchsetzung trägt.

**Zu benachrichtigen und über meinen Zustand aufzuklären ist mein/e Betreuer/in:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

**Ersatzweise, wenn die erste Person durch Urlaub, Krankheit oder Tod verhindert ist:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Die Patientenverfügung ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ist eine Situation hier nicht aufgelistet, so ist diese Patientenverfügung als Grundlage für Entscheidungen anzusehen.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein. Die Gültigkeit einer Patientenverfügung ist weder befristet, noch ist sie an eine Formschrift gebunden.

Tritt die in der Patientenverfügung beschriebene Krankheitssituation ein, ist eine Entscheidung des Vertreters nicht erforderlich, da der Betroffene die Entscheidung bereits selbst getroffen hat.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht u. a. für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

**Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe!**

**Unterschrift mit Vor- und Zuname der Verfasserin / des Verfassers:**

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der/die Verfasser/in wurde von mir bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war im vollem Umfang einwilligungsfähig.

**Unterschrift mit Vor- und Zuname des Hausarztes (mit Stempel) oder zweier Zeugen:**

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die Richtigkeit der Patientenverfügung **kann** alle 2 – 3 Jahre auf der Rückseite durch weitere Unterschriften bestätigt werden (keine Pflicht).

## Vorsorgevollmacht

### Ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

### erteile hiermit Vollmacht an:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

### Ersatzweise, wenn die erste Person verhindert ist (z.B. Urlaub, Krankheit oder Tod):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

### **Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt:**

mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, wenn ich vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt in Kraft, wenn ich, nach ihrer Einrichtung, geschäftsunfähig geworden sein sollte. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

**Diese Vollmachtsurkunde sollte ebenfalls vom Hausarzt oder 2 Zeugen unterschrieben werden, somit können Behörden bei diesen Personen nachfragen, wenn es Unklarheiten geben sollte.**

### **(1) Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit**

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen, über notwendige Einwilligungen in ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlung und Eingriffe zu entscheiden und zusammen mit den behandelnden Ärzten den Umfang der erforderlichen Medikamente zu bestimmen.

Ebenso über die Verabreichung betäubender oder dämpfender Medikamente, wie über die Verabreichung anderer Medikamente, die erhebliche Nebenwirkungen haben könnten, sowie der Zustimmung oder Ablehnung/Abbruch von medizinischen Behandlungen aller Art.

Die Entscheidung über eine Änderung des Behandlungszieles im Sinne eines begleitenden Spontanverlaufes und die Vollmacht ermächtigt, berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meiner Vertrauensperson über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären, um in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einzuwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten. Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen.

**Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.**

### **(2) Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, vor allem bei der Entscheidung über die Unterbringung bzw. Aufnahme in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt, in einer Klinik oder einem Krankenhaus. Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung, einschließlich einer Kündigung, wahrnehmen, sowie meinen Haushalt auflösen. Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen, wie z. B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mit einem Gurt oder anderen mechanischen Maßnahmen entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

**(3) Behörden**

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

**(4) 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 und zurücknehmen.

Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

**Achtung: Kreditinstitute verlangen eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!  
Eine Bankvollmacht in den falschen Händen kann Sie arm machen!**

**(5) Post und Fernmeldeverkehr**

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

**(6) Vertretung vor Gericht**

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten, sowie Prozesshandlungen aller Art für mich vornehmen.

**(7) Untervollmacht**

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

**(8) Betreuungsverfügung**

**Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.**

**Sollten Teile dieser Vollmacht rechtlich unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der restlichen Teile ändern. Diese Vorsorgevollmacht soll auch nach dem Tode des Vollmachtgebers wirksam bleiben.**

**Die Vorsorgevollmacht ersetzt nicht eine Patientenverfügung! Der Bevollmächtigte muss aber dafür sorgen, dass die Niederschrift in der Patientenverfügung eingehalten wird!**

Ich habe die **Vorsorgevollmacht** gelesen und bestätige die Richtigkeit, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

**Unterschrift mit Vor- und Zuname der Verfasserin / des Verfassers:**

---

PLZ / Wohnort:

Datum:

Unterschrift:

Ich bestätige, dass der Verfasser dieser Vorsorgevollmacht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte seine Unterschrift geleistet hat.

**Unterschrift mit Vor- und Zuname des Hausarztes (mit Stempel) oder zweier Zeugen.**

---

PLZ / Wohnort:

Datum:

Unterschrift:

---

PLZ / Wohnort:

Datum:

Unterschrift:

# Betreuungsverfügung

Hiermit verfüge ich zur vorangehenden Vollmachtserklärung, für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, folgende Person einzusetzen ist. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 § 1904 Absatz 2 BGB.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geborene:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Straße:** \_\_\_\_\_

**Ich wünsche, dass folgende Person bzw. Ersatzperson für mich als rechtlicher Betreuer eingesetzt wird:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

## Ersatzweise:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

## Im Bezug auf meine pflegerische Versorgung und meinen Aufenthalt habe ich folgende Wünsche:

Ich möchte im Pflegefall so lange wie möglich und zumutbar, zu Hause versorgt werden. Lässt sich dies nicht verwirklichen, so möchte ich in ein Einzelzimmer in der Pflegeabteilung im \_\_\_\_\_, bei dem ich mich vorsorglich angemeldet habe, untergebracht werden.

Ich möchte, dass mein persönlicher Betreuer den in der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht festgelegten Aufgabenkreis erfüllt.

## Vorteile der Patientenverfügung:

Betreuer und Bevollmächtigte sind an die Patientenverfügung gebunden, sodass ihnen keinerlei Entscheidungsbefugnis zukommt.

**Ich habe die Betreuungsverfügung gelesen, überprüft und bestätige die Richtigkeit, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.**

**Unterschrift mit Vor- und Zuname der Verfasserin / des Verfassers:**

\_\_\_\_\_  
**PLZ / Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass der Verfasser dieser Betreuungsverfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte seine Unterschrift geleistet hat.

**Unterschrift mit Vor- und Zuname des Hausarztes (mit Stempel) oder zweier Zeugen.**

\_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_