

# PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG

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

Vor-und Zuname \_\_\_\_\_

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

Wohnort \_\_\_\_\_

## 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 Entscheidung machen und sich nicht daran 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. Verfügung für medizinische Versorgung und Beistand

1. Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer und 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

2.1. mich aber unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder im Sterbeprozess befinde,

2.2. 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 verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung 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.

2.3. 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, 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 Palliativmedizin ausgeschöpft werden, so dass meine Leiden gelindert werden.

Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mir vertrauten Umgebung zu verbringen, sofern das mit guter pflegerischer und medizinischer Versorgung vereinbar ist.

3. Insbesondere treffe ich für die beschriebenen Krankheitssituationen folgende besondere Verfügungen:

#### **Pflege und menschliche Begleitung:**

Ich wünsche menschliche und medizinische Begleitung, insbesondere menschenwürdige Unterbringung und Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Mund- und Körperpflege.

#### **Palliative Maßnahmen:**

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

#### **Wiederbelebung**

Ich lehne Versuche zur Wiederbelebung ab.

in den von mir beschriebenen Krankheitssituationen

- 2.1. ja  / nein
- 2.2. ja  / nein
- 2.3. ja  / nein

#### **Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

Ich lehne künstliche Ernährung durch eine Sonde oder über die Vene ab. Bei fehlendem Durstgefühl möchte ich keine künstliche Flüssigkeitszufuhr, außer wenn diese bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist

in den von mir beschriebenen Krankheitssituationen

- 2.1. ja  / nein
- 2.2. ja  / nein
- 2.3. ja  / nein

#### **Sonstige Verfügungen und Hinweise**

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen diesen Grundsätzen entsprechend beurteilt werden.

### III. Vorsorgevollmacht

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

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

die Vollmacht, mich gegenüber Ärzten, den Angehörigen medizinischer und pflegerischer Berufe, Krankenhäusern, Seniorenheimen und den dort Tätigen als Gesundheitsbevollmächtigte/r 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 an

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

Ersatzweise an

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

3. Ich entbinde Ärzte gegenüber meinem/r Gesundheitsbevollmächtigten von der Schweigepflicht und erwarte, dass sie meine/n Bevollmächtigte/n umfassend aufklären und beraten.
4. Ich erwarte, dass mein/e Bevollmächtigte/r 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/ihr 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. In diesen Fällen muss die Genehmigung des Betreuungsgerichtes eingeholt werden, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.
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. Alle freiheitsentziehenden Maßnahmen sind nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichtes zulässig, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist. Die betreuungsgerichtliche Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

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

ja  / nein

Hinweis: Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken. Für Immobiliengeschäfte ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich.

9. Der/Die Bevollmächtigte hat das Recht, im Einzelfall Untervollmacht zu erteilen  
ja  / nein
10. 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.
11. Ich bitte darum, folgende Person nicht zum Betreuer/in zu bestellen:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

#### IV. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Ich habe die Absicht, diese Festlegung von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen, Werten und Vorstellungen entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderung 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 der Vollmacht und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/ des Ersatzbevollmächtigten

### Bestätigung durch einen Zeugen

Ich bestätige, dass \_\_\_\_\_, Verfasser(in) dieser Patientenverfügung und Vollmacht, 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

Hinweis: Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung hängt nicht von der Unterschrift eines Zeugen ab.

### Überprüfung und Bestätigung der Patientenverfügung / Vollmacht

1. Datum \_\_\_\_\_ Änderung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers

2. Datum \_\_\_\_\_ Änderung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers

3. Datum \_\_\_\_\_ Änderung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers

## Informationen

### Medizinische Betreuung

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.

### Entscheidungsfähigkeit

Machen Sie es sich zur Gewohnheit, Ihre Patientenverfügung nach neuen Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Leiden etwa alle 3 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 1995:20ff, 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 2004, A-1298-1299; Handreichungen für Ärzte, DtÄBl 1999, A-2720-2721; Bundesgerichtshof XII.ZB.2/03 vom 13.03.2003

### Besondere Verfügungen

Sie sollten diesen Teil der 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 Worte.

### Sonstige Verfügungen oder Hinweise

Ihre Patientenverfügung gibt Ärzten und Pflegenden Hinweise für eine individualisierte medizinische und pflegerische Betreuung, auch wenn nicht alle künftigen medizinischen und 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.

### Vermögensangelegenheiten

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 den gesamten Teil III (Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten); falls erforderlich, wird das Gericht einen Betreuer benennen.

### Personen die nicht bevollmächtigt werden sollen

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.

### Bestätigung durch Zeugen

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.