

PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG [1]

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit [2]

(Vorname und Name)

(Geburtsdatum und Geburtsort)

(Wohnort)

(Straße, Hausnummer)

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 soll(en) 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 begründete Aussicht auf Heilung besteht bzw. eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität ermöglichen.

2. Wenn ich aber

- (a) mich unabwendbar im **Endstadium** einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder bereits im **Sterbeprozess** befinde, oder
- (b) **geistig dauerhaft so verwirrt bin**, dass ich nicht mehr weiß, wo ich bin, und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder
- (c) **längere Zeit bewusstlos bin** (auch "Wachkoma"), und keine oder nur eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass ich das Bewusstsein wiedererlange,
- (d) **längere Zeit in einem Zustand bin**, in dem ich nicht bewusst reagieren und mich mitteilen kann (z.B. Locked-in-Syndrom, Stammhirnschäden), und keine oder nur eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass ich noch einmal selbstbestimmt handeln kann,

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 soweit möglich 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.

3. Insbesondere treffe ich für die unter 2. beschriebenen Fälle die folgenden besonderen 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, künstliche Beatmung:

Ich wünsche, dass keine Versuche zur Wiederbelebung und künstliche Beatmung gemacht werden, und dass ein evtl. implantierter Defibrillator (Elektroschocks zur Wiederherstellung regelmäßiger Herzaktion) abgeschaltet wird. ⇒ (ja - nein)

(D) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Dialyse:

Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung durch eine Sonde, über die Vene oder sonstige künstliche Flüssigkeitszufuhr zur Verhinderung von Austrocknung erfolgt, ebenso soll keine Dialysetherapie (künstliche Niere) erfolgen. ⇒ (ja - nein)

(E) Sonstige Verfügungen und Hinweise [4] :

Solange kein von mir oder meinem/n Bevollmächtigten akzeptierter und aktualisierter besonderer **Medizinischer Behandlungsplan** vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier nicht angesprochen sind. Sollten die unter (C) oder (D) genannten Maßnahmen bereits begonnen worden sein, sollen sie beim Eintritt der unter 2. beschriebenen Szenarien unverzüglich abgebrochen werden.

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 Abs. 2 Satz 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 an

(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Fax),
ersatzweise

(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Fax),
ersatzweise

(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Fax).

3. Ich entbinde alle Ärzte gegenüber meinem/r Gesundheitsbevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht und erwarte, dass sie meine/n Gesundheitsbevollmächtigen 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 sie hier niedergelegt sind, bzw. 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 Abs. 1 Satz 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 Abs. 4 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 Aufwendungsersatz (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 abzuschließen [5].
⇒ (ja - nein)

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 von mir unter 1. bzw. 2. benannte(n) Person(en) rechtlich als Betreuer bestellt wird/werden.

11. Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle anderen Personen, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

12. Ich bitte darum, folgende Personen nicht zum/r Betreuer/in zu bestellen [6] :

IV. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Die Bedeutung der medizinischen Ausdrücke in dieser Verfügung und die Auswirkungen meiner Verfügung habe ich mit meinem Hausarzt _____ besprochen und verstanden.

Ich beabsichtige, 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 Zeugen

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 [7].

(Ort, Datum, Unterschrift einer Zeugin / eines Zeugen, am besten des Hausarztes)

Überprüfung und Bestätigung der Patientenverfügung

1. Datum: _____, Änderungen: _____

(Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers) (ggf. Zeuge)

2. Datum: _____, Änderungen: _____

(Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers) (ggf. Zeuge)

Weitere Überprüfungen und Bestätigungen auf einem separaten Blatt vermerken.

[1] bis [7] vgl. Erläuterungen auf dem Beiblatt.

Auflage April 2017