

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Betreuungsverfügung

Herausgeber:

Seniorenbeirat der Stadt Lüdinghausen
www.seniorenbeirat-lh.de

Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (SKF), Lüdinghausen
www.skf-luedinghausen.de

Hospiz-Bewegung Lüdinghausen/Seppenrade e.V.
www.hospizbewegung-lh.de

**Die Broschüre liegt zu den Öffnungszeiten im Büro
des Ehrenamtes, Borg 2, 59348 Lüdinghausen
(im Rathaus, Raum A010, Tel. 02591 92 66 00) für Sie bereit
oder kann bei den Herausgebern angefordert werden.**

6. Auflage Juli 2020 *(Redaktionell überarbeitete 5. Auflage vom Mai 2019)*

Schutzgebühr: 2,00 EUR

Die Textfassungen der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung wurden in Anlehnung an Veröffentlichungen des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) erstellt. Die Patientenverfügung befindet sich inhaltlich in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 6. Juli 2016, 8. Februar 2017 und 14. November 2018.



Seniorenbeirat der
Stadt Lüdinghausen

Hospiz-Bewegung
Lüdinghausen/Seppenrade e.V.



Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung

von

Vorname, Name

Ergänzende Anlagen:

Erläuternde zusätzliche Hinweise zur Vorsorgevollmacht,
Patientenverfügung und Betreuungsverfügung
(siehe Seite 28 und 29)

Folgende Textfassungen habe ich erstellt:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|-------|----|
| <input type="checkbox"/> | Patientenverfügung | Seite | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Vorsorgevollmacht | Seite | 17 |
| <input type="checkbox"/> | Betreuungsverfügung | Seite | 25 |

Notizen

Patientenverfügung

VON

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Konfession

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

1 Besonderer Hinweis:

Mit dieser Patientenverfügung habe ich für den Fall vorgesorgt, dass nach einem Unfall, durch eine Krankheit, bei Bewusstlosigkeit oder Demenzerkrankung ich nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen über meine medizinische Versorgung und Behandlung im Sterbeprozess oder bei Vorliegen einer zum Tode führenden Erkrankung zu treffen. Diese Art der Vorsorge ermöglicht das seit dem 1. September 2009 wirksame Gesetz über die Patientenverfügung (BGB § 1901a und § 1901b). Für die behandelnden Ärzte ist diese Patientenverfügung meine erklärte Willenserklärung. Meine nachfolgend aufgeführten Betreuungspersonen bitte ich zu prüfen, ob meine Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, sollen meine Betreuungspersonen meinem Willen Ausdruck und Geltung verschaffen. Falls ich meine Patientenverfügung widerrufen sollte, teile ich dies den bevollmächtigten Personen mit.

2 Bevollmächtigte Person(en) zur Feststellung meiner bedrohlichen Lebenssituation und zur Umsetzung meiner Festlegungen in der Patientenverfügung:

**An 1.
Stelle:**

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift (als zustimmende Erklärung)

**An 2.
Stelle:**

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift (als zustimmende Erklärung)

**An 3.
Stelle:**

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift (als zustimmende Erklärung)

Diese bevollmächtigten Personen werden im Falle der Anwendung meiner Patientenverfügung in der aufgeführten Reihenfolge tätig. Ist dies nicht möglich, sind der Verzicht und die Austauschbarkeit untereinander gewährleistet. Die dann aktiv handelnde bevollmächtigte Person ist den behandelnden Ärzten namentlich unter Vorlage meiner Patientenverfügung mitzuteilen.

3 Für den Fall, dass ich meinen Willen in einer lebensbedrohlichen Situation nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, lege ich folgendes fest:

3.1 Situationen, für die diese Verfügung gilt:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, 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 äußerst unwahrscheinlich ist (siehe auch Anmerkung 1, Seite 16).

Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit andauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen (siehe auch Anmerkung 2, Seite 16).

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

3.2 Weitere Situationen und Festlegungen, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen. *(Bitte handschriftlich vermerken)*

4 Festlegungen zur Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

4.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Es soll alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan werden, um mich am Leben zu erhalten.

oder

Es sollen alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit.

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 (siehe auch Anmerkung 3, Seite 16).

4.2 Schmerz- und Symptombehandlung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber ohne bewußtseinsdämpfende Wirkungen.

oder

Eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewußtseinsdämpfenden Wirkungen zur Linderung von Beschwerden.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf (siehe auch Anmerkung 4, Seite 16).

4.3 Künstliche Ernährung und Zufuhr von Flüssigkeit

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:
(siehe auch Anmerkung 5, Seite 16)

Die künstliche Ernährung und Zufuhr von Flüssigkeit soll begonnen oder weitergeführt werden, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

Die künstliche Ernährung und/oder künstliche Zufuhr von Flüssigkeit soll nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Linderung von Schmerzen erfolgen (siehe auch Anmerkung 6, Seite 16).

oder

Keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit.

4.4 Wiederbelebung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Versuche zur Wiederbelebung.

oder

Die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

Nicht die Verständigung einer Notärztin/eines Notarztes oder im Fall einer Hinzuziehung die unverzügliche Information über meine Ablehnung von Maßnahmen der Wiederbelebung.

Nicht nur in den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens wünsche ich:

Keine Maßnahmen der Wiederbelebung.

oder

Maßnahmen zur Wiederbelebung lehne ich ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten (zu Kap. 4.4 siehe auch Anmerkung 7, Seite 16).

4.5 Künstliche Beatmung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängern kann.

oder

Eine künstliche Beatmung soll nicht durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete künstliche Beatmung soll eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Atemnot erhalte.

Die Möglichkeit einer Bewußtseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

4.6 Dialyse

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Eine künstliche Dialyse, falls diese mein Leben verlängern kann.

oder

Keine Durchführung einer Dialyse. Eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.

4.7 Antibiotika

(zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Antibiotika können eingesetzt werden, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Der Einsatz von Antibiotika soll nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Linderung von Beschwerden erfolgen (siehe auch Anmerkung 6, Seite 16).

oder

Antibiotika sollen nicht eingesetzt werden.

4.8 Blut- und Blutbestandteile

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Linderung von Beschwerden.

oder

Keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

4.9 Ort der Behandlung und des Beistandes

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

In den in Kapitel 3 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Zum Sterben möchte ich in ein ortsnahes Krankenhaus verlegt werden.

oder

Nach Möglichkeit möchte ich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

Sterbebegleitung möchte ich durch eine Hospiz-Bewegung erhalten.

oder

In Abhängigkeit meiner besonderen Pflege- und Behandlungssituation möchte ich - wenn möglich - in einem Hospiz sterben.

5 Erklärung zu den Festlegungen in Kapitel 3 und Kapitel 4 und zu der ärztlichen Schweigepflicht:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Befolgung meiner Wünsche ist nach geltendem Recht und in Übereinstimmung mit meiner Auffassung keine aktive Sterbehilfe.

Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich von der Schweigepflicht gegenüber den in Kapitel 2 genannten Personen.

6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung, Durchsetzung und zum Widerruf meiner Patientenverfügung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine bevollmächtigte(n) Person(en) sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollten Ärzte oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, so erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner(n) bevollmächtigten Person(en) erwarte ich, dass die weitere Behandlung so organisiert ist, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll die Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person(en) besondere Bedeutung zukommen:

(Alternativen bitte ankreuzen)

Meiner/meinem Bevollmächtigten

Meiner Betreuerin/meinem Betreuer

Den behandelnden Ärzten

Folgender(n) namentlich genannter(n) Person(en)

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte / das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

(Alternativen bitte ankreuzen)

- Meiner/meinem Bevollmächtigten
- Meiner Betreuerin/meinem Betreuer
- Den behandelnden Ärzten
- Folgender(n) namentlich genannter(n) Person(en)

7 Weitere Festlegungen und Hinweise

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Zusätzlich zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht auch für die Angelegenheit meiner Gesundheit ausgestellt und mit den bevollmächtigten Personen besprochen.
- Die bevollmächtigten und beauftragten Personen der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht besitzen diese Dokumente und kennen deren Ort der Aufbewahrung.
- Ich habe keine Vorsorgevollmacht ausgestellt, sondern eine Betreuungsverfügung, die vom Amtsgericht einer Bestätigung hinsichtlich der bevollmächtigten Person erfordert.
- Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende (siehe Seite 15) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Meine Patientenverfügung ist zusammen mit meiner Vorsorgevollmacht im zentralen Vorsorgeregister (Bundesnotarkammer-Zentrales Vorsorgeregister, Postfach 080151, 10001 Berlin, www.vorsorgeregister.de, gebührenfreie Service-Hotline 0800 - 35 50 500) gemeldet.
- Die Unterschrift unter meine Patientenverfügung beabsichtige ich notariell beglaubigen zu lassen, obwohl dies gesetzlich nicht erforderlich ist.

8 Schlussformel

(Wenn zutreffend bitte ankreuzen)

- Wenn ich unter den beschriebenen/angekreuzten Umständen bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.
- In meiner „Verfügung für mein Sterben und meine Grablegung“ (Bestattungsverfügung) habe ich meine diesbezüglichen Wünsche und Verfahrensregelungen angegeben.*

* Bestattungsverfügungen werden von den auf Seite 1 genannten Organisationen angeboten.

9 Abschließende Erklärung

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Vorname, Name

Datum/Ort

Unterschrift

Anhang:

Anlage 1 zu meiner Patientenverfügung: (Seite 14)

Bestätigung in Zeitintervallen

Ärztliche Beratung *

Beratungsgespräch *

Anlage 2 zu meiner Patientenverfügung: (Seite 15)

Ergänzende Wünsche und Hinweise

Bereitschaft zur Organspende

** Eine Beratung vor der Erstellung einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber deutlicher herausstellen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewußtsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.*

Anlage 1 zu meiner Patientenverfügung

- 1 Meine Patientenverfügung überprüfe und aktualisiere ich in Zeitintervallen von etwa zwei Jahren, um dadurch Änderungen meiner persönlichen Lebensumstände zu dokumentieren. Diese Überprüfung wird durch die Datumsangabe und die Unterschrift bestätigt.

(Dies ist keine Voraussetzung für die Wirksamkeit meiner Patientenverfügung.)

Bestätigungen meiner Patientenverfügung

Datum, Ort, Unterschrift (Vorname, Name)

Datum, Ort, Unterschrift (Vorname, Name)

Datum, Ort, Unterschrift (Vorname, Name)

- 2 Für die Erstellung meiner Patientenverfügung habe ich eine Ärztin / einen Arzt meines Vertrauens hinzugezogen.

(Dies ist keine Voraussetzung für die Wirksamkeit meiner Patientenverfügung.)

Vorname, Name der Ärztin / des Arztes

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Datum, Ort, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

- 3 Für die Erstellung meiner Patientenverfügung habe ich mich von der nachfolgend genannten Fachperson/Institution beraten lassen.

(Dies ist keine Voraussetzung für die Wirksamkeit meiner Patientenverfügung.)

Vorname, Name der Beratungsperson

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Datum, Ort, Unterschrift der Beratungsperson

Anlage 2 zu meiner Patientenverfügung

In Ergänzung meiner Patientenverfügung teile ich noch folgende Wünsche und Hinweise mit, die von meinen bevollmächtigten Personen möglichst beachtet werden sollen:

Zum Beispiel: Meine Wünsche zum Krankenhaus und dem Aufenthaltsort. Meine Wünsche zur Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Meine Wünsche zur palliativen Versorgung, zum Sterbebeistand durch eine Hospiz-Bewegung und zum Aufenthalt in einem Hospiz. Meine Hinweise zur Organspende und anderes.

Bereitschaft zur Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Dazu habe ich einen Organspendeausweis ausgefüllt.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

oder

gehen die Bestimmungen in meiner Patientverfügung vor.

oder

lehne ich die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zur Transplantationszwecken ab.

Skizzieren Sie nachfolgend Ihre weiteren Wünsche und Hinweise:

Datum/Ort

Unterschrift

Anmerkungen

- 1 Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.
- 2 Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.
- 3 Die Äußerung: „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 4.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.
- 4 Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).
- 5 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 Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf).
- 6 Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.
- 7 Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

Vorsorgevollmacht*

VON

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Konfession

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

1 Besonderer Hinweis:

Meine Vorsorgevollmacht soll dann zur Anwendung kommen, wenn ich durch körperliche oder geistige Leiden nach einem Unfall oder bedingt durch Krankheit zeitweise oder dauerhaft nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln. Hierzu ist eine ärztliche Einschätzung einzuholen. Die nachfolgend aufgeführte(n) Person(en) meines Vertrauens sind befugt, in meinem Interesse von dieser Vorsorgevollmacht Gebrauch zu machen. Die Vollmacht gilt für meine medizinische Versorgung und Behandlung und ermächtigt meine Vertrauensperson mich in den erforderlichen Entscheidungen gegenüber den Ärzten zu vertreten. Dabei ist meine Patientenverfügung zu berücksichtigen. Weiterhin soll meine Vertrauensperson mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten vorbehaltlos vertreten. Diese Vorsorgevollmacht soll auch die Anwendung des Betreuungsgesetzes nicht erforderlich machen. Sie bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Die Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn die bevollmächtigte Person die Urkunde besitzt und diese im Anwendungsfall im Original oder als beglaubigte Kopie vorlegen kann.

* In Anlehnung an Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Stand 09/2019)

2 Bevollmächtigte Person(en) zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten, wenn ich diese nicht mehr selbstbestimmt ausführen kann:

**An 1.
Stelle:**

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift (als zustimmende Erklärung)

**An 2.
Stelle:**

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift (als zustimmende Erklärung)

**An 3.
Stelle:**

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift (als zustimmende Erklärung)

Die aufgeführten bevollmächtigten Personen meines Vertrauens werden in der aufgeführten Reihenfolge tätig. Ist dies nicht möglich, sind der Verzicht und die Austauschbarkeit der Verantwortung untereinander gewährleistet.

3 Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

3.1 Die bevollmächtigte Person 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. ja nein

3.2 Die bevollmächtigte Person darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). ja nein

3.3 Die bevollmächtigte Person darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nicht ärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden ja nein

3.4 Die bevollmächtigte Person darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. ja nein

3.5 Weitere Festlegungen
(Bitte handschriftlich vermerken)

4 Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

4.1 Die bevollmächtigte Person darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja nein

4.2 Die bevollmächtigte Person darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und Mietverträge kündigen. ja nein

4.3 Die bevollmächtigte Person darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen) abschließen und kündigen. ja nein

4.4 Weitere Festlegungen
(Bitte handschriftlich vermerken)

5 Behörden, Versicherungen u. a.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

5.1 Die bevollmächtigte Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Diese umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. ja nein

5.2 Weitere Festlegungen
(Bitte handschriftlich vermerken)

6 Vermögenssorge (Zutreffendes bitte ankreuzen)

6.1 Die bevollmächtigte Person 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. ja nein

6.2 Im Einzelnen wird festgelegt, dass die bevollmächtigte Person

6.2.1 über meine Vermögensgegenstände jeder Art verfügen kann, ja nein

6.2.2 Zahlungen und Wertgegenstände annehmen kann,¹ ja nein

6.2.3 Verbindlichkeiten eingehen kann,¹ ja nein

6.2.4 Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben und mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten kann,² ja nein

6.2.5 Schenkungen in dem Rahmen vornehmen kann, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (Gelegenheitsgeschenke, die dem Wunsch des Vollmachtgebers entsprechen sowie Anstandsgeschenke). ja nein

6.2.6 Folgende Geschäfte soll die bevollmächtigte Person **nicht** wahrnehmen können:
(Bitte handschriftlich vermerken)

Hinweis 1: Die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens ist zu beachten.

Hinweis 2: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank / Sparkasse angebotene Konto- / Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/ Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/ Sparkasse sicher eine Lösung finden.

7 Post und Fernmeldeverkehr
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 7.1** Die bevollmächtigte Person darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr, einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen, entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ja nein

8 Vertretung vor Gericht
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 8.1** Die bevollmächtigte Person darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. ja nein

9 Untervollmacht
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 9.1** Die bevollmächtigte Person darf Untervollmacht erteilen. ja nein

10 Betreuungsverfügung
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 10.1** Falls trotz dieser Vorsorgevollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die auf Seite 18 genannten Vertrauenspersonen in der angegebenen Abfolge als Betreuer zu bestellen. ja nein

11 Geltungsdauer dieser Vorsorgevollmacht
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 11.1** Diese Vorsorgevollmacht gilt über meinen Tod hinaus. ja nein

12 Weitere Festlegungen:

12.1 Der Vertrauensperson wird gestattet und sie ist verpflichtet, nach meinem Tod meine Cyberaktivitäten (Web-Adresse; E-Mail-Konten; Rabattkonten (Payback, Edeka) usw.) aufzulösen. Die Adressen und die dazugehörigen Passworte sind hinterlegt und der Vertrauensperson bekannt.

 ja nein

12.2 Sonstige weitere Festlegungen
(Bitte handschriftlich vermerken)

13 Unterschrift

Datum, Ort, Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Datum, Ort, Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin

14 Beglaubigung Ihrer Unterschrift (im Bedarfsfall)*:

Datum, Ort, Unterschrift der beurkundenden Institution/Person

***Hinweis:**

Eine Beglaubigung Ihrer Unterschrift ist gesetzlich nicht erforderlich. Eine Beurkundung empfiehlt sich für Verhandlungen mit Behörden, den Kauf oder Verkauf von Immobilien, Wertpapieren u.a. Weiterhin sollte Ihre Vertrauensperson die Vollmacht für alle Konten erhalten. Informationen zum Verfahren von Beglaubigungen und Beurkunden sind in den „Zusätzlichen erläuternden Hinweisen“ (Seite 28) enthalten.

Notizen

Betreuungsverfügung*

VON

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Konfession

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

* In Anlehnung an Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Stand 05/2017)

Für den Fall, dass ich infolge einer Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, lege ich folgende Personen dafür fest:

An 1.

Stelle:

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift (als zustimmende Erklärung)

An 2.

Stelle:

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift (als zustimmende Erklärung)

Von meiner Betreuung ausschließen möchte ich folgende Person(en):

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die betreuende Person habe ich folgende Wünsche:

- 1** Meine Festlegungen zu Krankheit, Vermögenssorge und Sterben habe ich in meiner
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Bestattungsverfügung*

niedergelegt.

Diese soll(en) im Rahmen der Betreuung beachtet werden.

- 2** Weitere Wünsche zu meiner gesetzlich verfügbaren Betreuung:

Datum/Ort

Unterschrift

* Bestattungsverfügungen werden von den auf Seite 1 genannten Organisationen angeboten.

Erläuternde zusätzliche Hinweise zur Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung

1 Vorsorgevollmacht

- 1.1 Vorsorgevollmachten sind privatrechtliche Willenserklärungen zwischen dem Vollmachtgeber und dem (den) Vollmachtnehmer(n). Die Basis dafür ist absolutes Vertrauen. Es erfolgt keine gerichtliche Kontrolle. Die Einschaltung eines Notars zur Erstellung oder der notariellen Beurkundung einer Vorsorgevollmacht ist nicht erforderlich und bleibt nur besonderen Fällen vorbehalten.
- 1.2 Der (Die) Vollmachtgeber(in) muss bei der Ausfüllung der Vorsorgevollmacht geschäftsfähig und der (die) Bevollmächtigte muss einverstanden sein. Es können auch zwei Bevollmächtigte benannt werden, die Entscheidungen einvernehmlich oder nur für bestimmte Aufgabenbereiche (z.B. Gesundheitsfürsorge/Pflegebedürftigkeit, Vermögenssorge u. a.) wahrnehmen. Diesbezüglich ist zu überlegen, ob bei getrennten Aufgabenbereichen auch getrennte Vorsorgevollmachten ausgestellt werden.
- 1.3 Für den Fall der Abwesenheit (z.B. Urlaub u. a.) der bevollmächtigten Person kann diese eine zeitlich auf den Abwesenheitszeitraum begrenzte Untervollmacht vergeben, sofern der Zustand der Inanspruchnahme der Vorsorgevollmacht eingetreten ist.
- 1.4 Die Kombination von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung ist sinnvoll und wird empfohlen.
- 1.5 Die Vorsorgevollmacht ist im Original (oder beglaubigte Kopie) von dem (der) Bevollmächtigten zur Erledigung von Rechtsgeschäften bei Behörden, Banken und Versicherungen sowie behandelnden Ärzten zur Übermittlung der Willenserklärungen des nicht mehr selbstbestimmten Patienten vorzulegen.
- 1.6 Für die Erledigung von Zahlungsverkehren und die Vermögenssorge fordern die meisten Banken eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht und von Konto-Vollmachten auf bankeigenen Vordrucken ein. Setzen Sie sich deshalb zusätzlich mit Ihrer Hausbank (oder auch weiteren Banken) in Verbindung, um die Anforderungen rechtzeitig zu klären.
- 1.7 Die „Beurkundung“ der Vorsorgevollmacht ist dann durch ein Notariat vorzunehmen, wenn Immobilien, Grundstücke und größere Vermögen von dem (der) Bevollmächtigten zu verwalten sind und Rechtsgeschäfte getätigt werden müssen.
- 1.8 Die Kopie einer Vorsorgevollmacht kann nur dann im Sinne des (der) Vollmachtgebers(in) verwendet werden, wenn diese gerichtlich oder notariell als beurkundete Kopie vorgelegt werden kann. Kirchen- und Verwaltungsdienste sind dazu nicht befugt. Die Betreuungsstelle des Kreises Coesfeld (Herr Stefan Kraus) bietet die Beglaubigung Ihrer Unterschrift auf der Vorsorgevollmacht an (siehe auch 2.4).

2 Patientenverfügung

- 2.1 Patientenverfügungen sind persönliche Willenserklärungen, um das Selbstbestimmungsrecht bei nicht mehr selbstbestimmten Personen zu gewährleisten.

- 2.2** Patientenverfügungen beinhalten die Anordnung von Behandlungswünschen und die Behandlungsbegrenzung für genau beschriebene Situationen. Der (Die) Bevollmächtigte soll die Willenserklärung gegenüber behandelnden Ärzten umsetzen. Die Ärzte werden gegenüber dem (der) Bevollmächtigten von der Schweigepflicht entbunden.
- 2.3** Die Anlage 1 zu der Patientenverfügung dient dazu, in periodischen Zeitabständen die eigene Verfügung zu bestätigen. Bei erheblichen Änderungen der Lebensumstände kann es auch zweckmäßig sein, eine neue Patientenverfügung zu erstellen und die alte zu vernichten. Dies gilt auch bei gesetzlichen Erfordernissen.
- 2.4** Die in der Patientenverfügung mögliche „Bestätigung durch eine beratende Person“ ist dann vorgesehen, wenn Sie die Anfertigung Ihrer Patientenverfügung durch eine Beglaubigung Ihrer Unterschrift durch eine autorisierte Person absichern wollen. Diese Beglaubigung der Unterschrift bietet das Gesundheitsamt des Kreises Coesfeld für eine geringe Verwaltungsgebühr an. Ansprechpartner ist zur Zeit Herr Stefan Kraus (Telefon: 02541 18 53 17, stefan.kraus@kreis-coesfeld.de). Der Sozialdienst Katholischer Frauen e. V. in Lüdinghausen (Frau Prasse, 02591 237-120) bietet Beratungsgespräche zur Anfertigung von Patientenverfügungen an.
- 2.5** Die Anlagen 1+2 der Patientenverfügung dienen dazu, Ihre besonderen Wünsche für den Aufenthalt in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Heimen, Hospizen u. a. näher zu konkretisieren, um dem (der) Bevollmächtigten die gewünschten Hinweise für den Fall einer nicht selbstbestimmten Lebensweise zu geben.
- 2.6** Die Kombination von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ist sinnvoll und wird empfohlen.

3 Betreuungsverfügung

- 3.1** Betreuungsverfügungen regeln das gesetzliche Verfahren zur Betreuung von nicht mehr selbstbestimmten Personen und wird bei Fehlen einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung angewendet.
- 3.2** Für den gesetzlichen Betreuungsfall können Sie Ihre Wünsche schriftlich dokumentieren und auch auf eine wirksame Patientenverfügung hinweisen.
- 3.3** Die Betreuungsperson können Sie bestimmen. Diese ist allerdings vom Gericht zu bestätigen. Personen, die Ihr Vertrauen nicht genießen, können Sie von der Funktion als Betreuer ausschließen.
- 3.4** Richter und Betreuer müssen die Betreuungsverfügung im Verfahren und bei der Betreuung beachten.
- 3.5** Betreuer können nur mit Gerichtsbeschluss handeln und nur in den zugewiesenen Handlungsbereichen (Gesundheit, Vermögenssorge u. a.) agieren.
- 3.6** Die Betreuer unterliegen dem Betreuungsgesetz und werden regelmäßig vom Gericht kontrolliert, ob sie ihren Verpflichtungen nachkommen.

gez. Seniorenbeirat der Stadt Lüdinghausen
gez. Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Lüdinghausen
gez. Hospiz-Bewegung Lüdinghausen/Seppenrade e.V.

