

## Möglichkeiten der Vorsorge,

**wenn ich nicht mehr in der Lage bin, über meine Angelegenheiten selbst zu entscheiden.**

<b>Bezeichnung</b>	<b>Patientenverfügung</b>	<b>Betreuungsverfügung</b>	<b>Vorsorgevollmacht</b>
<b>Zielsetzung</b>	Bekundung meines Willens für die medizinische Versorgung und Betreuung. (z.B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung, Schmerztherapie, persönliche und seelsorgerischer Beistand, Organspende)	Benennung einer Person, die ich ggf. als Betreuer/in haben möchte. (Regelt Fragen der Vermögensverwaltung, der medizinischen Behandlung, persönliche Wünsche, soll meinen Willen gemäß Patientenverfügung durchsetzen)	Ich bevollmächtige eine Person meines Vertrauens als gesetzlichen Vertreter und lege fest, welche Bereiche er/sie regeln darf (Führung von Rechtsgeschäften, Vermögensverwaltung, Gesundheitsfürsorge, Aufenthalte) Kann auf verschiedene Personen verteilt werden.
<b>Juristische Bedeutung</b>	Muss von den behandelnden Ärzten beachtet werden, wenn sie eindeutig und sicher meinen Willen wiedergibt.	Der Betreuer muss vom Vormundschaftsgericht dazu bestellt werden und ist ihm Rechenschaft schuldig. Bei schwerwiegenden Eingriffen (z.B. Behandlungsabbruch) ist die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes notwendig.	Bestellung und Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht entfällt. Bei schwerwiegenden Eingriffen (z.B. Behandlungsabbruch) kann die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes notwendig werden.
<b>Formale Erfordernisse und Empfehlungen</b>	Schriftliche Form – eigenhändige Unterschrift – Zeuge z.B. Hausarzt für den Vollbesitz geistiger Kräfte – alle zwei Jahre neu unterschreiben – notarielle Beurkundung nicht erforderlich.	Schriftliche Form – eigenhändige Unterschrift – Zeuge z.B. Hausarzt für den Vollbesitz geistiger Kräfte – notarielle Beurkundung nicht erforderlich.	Schriftliche Form – eigenhändige Unterschrift – Zeuge z.B. Hausarzt für den Vollbesitz geistiger Kräfte – notarielle Beurkundung nicht erforderlich wohl aber erforderlich bezüglich Immobilien, Grundstücken, Darlehen und Firmen.
<b>Kombinationen</b>	Eine Patientenverfügung allein ist nicht sinnvoll, weil niemand da ist, der meinen Willen vertritt und durchsetzt. Auch haben die Ärzte niemanden, den sie zu Rate ziehen können. Sinnvoll ist eine Kombination der Patientenverfügung mit der Betreuungsverfügung oder mit der Vorsorgevollmacht. In unserem Formblatt ist die Vorsorgevollmacht auch bei Bedarf Betreuungsverfügung.		

# Patientenverfügung

Name, Vorname.....
Geburtsdatum .....
Straße .....
PLZ Ort .....

Falls ich in einen Zustand gerate, in dem meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit aufgehoben oder stark eingeschränkt ist, ich also meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, verfüge ich, dass meinem hier dargelegten Willen als Anweisung an Ärzte und Pflegepersonal gefolgt wird.

- Ich entbinde meine Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber

.....  
.....

Ich wünsche, dass diese Personen jederzeit auf Wunsch Zutritt zu mir haben.

- Ich möchte, dass mein Leiden und Sterben nicht durch das Ausschöpfen aller medizinischen Möglichkeiten verlängert wird, wenn feststeht, dass keine Besserung oder Heilung meiner Krankheit mehr zu erwarten ist. Ärztliche Maßnahmen sollen nur noch getroffen werden, wenn dadurch mein Leiden verkürzt oder gelindert wird.
- Darum soll eine umfassende Schmerztherapie angewendet werden, auch wenn dadurch Nebenwirkungen eintreten, die mein Leben und meinen Sterbeprozess verkürzen.
- Wenn feststeht, dass ich mich (nicht Gewünschtes bitte durchstreichen) unumkehrbar im Sterbeprozess oder in einem dauerhaften Koma, Wachkoma oder in einem ähnlichen Zustand, infolge schwerer direkter oder indirekter Gehirnschädigung befinde, und keine Aussicht mehr auf ein selbstbestimmtes Leben für mich besteht, sollen folgende intensivmedizinische Maßnahmen unterbleiben bzw. abgebrochen werden:

(das, was von den im Folgenden genannten Punkten durchgeführt werden soll, bitte durchstreichen)

Wiederbelebung (z.B. bei Herzstillstand, Atemstillstand)

Stoffwechsellentgleisungen ausgleichen

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe durch Sonden (Nase, Bauch, Vene)

Künstliche Beatmung

Dialyse

Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen

Gabe von Blut und Blutbestandteilen

- Sollte für eine der oben genannten Maßnahmen eine palliative Indikation zur Beschwerdelinderung bestehen, darf sie durchgeführt werden.
- Ich verlange lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.
- Die Möglichkeit der Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen. Aktive Sterbehilfe lehne ich ab.

- Der Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken (nicht Gewünschtes in diesem Absatz bitte durchstreichen) stimme ich zu / stimme ich nicht zu.  
Nur bei Zustimmung: 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 geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor / dann gehen die Bestimmungen dieser Patientenverfügung vor.
- Ich wünsche Begleitung durch Hospizdienst, Seelsorge und/oder folgende Person/en

.....

Diese Patientenverfügung habe ich nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte getroffen. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes und bleibt auch unter veränderten Umständen gültig. Ich wünsche nicht, dass angenommen wird, ich würde mich später anders entscheiden, als ich hier darlege.

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung erteilt.

.....  
Ort, Datum Unterschrift

Ich habe mich davon überzeugt, dass der/die Unterzeichnete im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte ist.

.....  
Ort, Datum Unterschrift (Stempel)

Handschriftliche Änderungen und Ergänzungen zur Patientenverfügung

.....  
.....  
.....  
.....

Weitere Ergänzungen auf Seite 3: „Meine persönlichen Gedanken und Wertvorstellungen“

**Diese Verfügung entspricht nach wie vor meinem Willen:**

.....  
Ort, Datum Unterschrift

**Diese Verfügung entspricht nach wie vor meinem Willen:**

.....  
Ort, Datum Unterschrift

**Diese Verfügung entspricht nach wie vor meinem Willen:**

.....  
Ort, Datum Unterschrift



# Betreuungsverfügung

Name, Vorname.....
Geburtsdatum .....
Straße .....
PLZ Ort .....

Sollte ich in Folge von Krankheit oder Behinderung in eine Lage geraten, in der ich meine Angelegenheiten nur noch zum Teil oder gar nicht mehr selbst erledigen kann, so wünsche ich, dass folgende Person als gesetzlicher Vertretung mit der rechtlichen Betreuung betraut wird.

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse, Telefon .....

Falls diese Person die Betreuung nicht (nicht mehr) übernehmen kann, soll die Betreuung übergehen an:

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse, Telefon .....

Auf keinen Fall soll folgende Person mit der Betreuung betraut werden:

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse, Telefon .....

Die in meiner Patientenverfügung vom ..... geäußerten Wünsche sind von meinem Betreuer zu befolgen. Insbesondere soll er auch die in meiner Patientenverfügung dargelegten Wünsche gegenüber Ärzten und Pflegepersonal gegebenenfalls auch mit rechtlichen Mitteln durchsetzen.

---

Handschriftliche Änderungen und Ergänzungen zur Betreuungsverfügung, z.B. besondere Wünsche

.....

.....

.....

.....

Diese Verfügung habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte getroffen.

.....

Ort, Datum Unterschrift

---

Ich habe mich davon überzeugt, dass der/die Unterzeichnete im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte ist.

.....

Ort, Datum Unterschrift (Stempel)

# Vorsorgevollmacht

Name, Vorname.....
Geburtsdatum .....
Straße .....
PLZ Ort .....

Hiermit erteile ich Vollmacht an

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse, Telefon .....

Für den Fall dass der/die Bevollmächtigte nicht oder nicht mehr in der Lage ist, die übertragene Vollmacht wahrzunehmen, erteile ich eine Ersatzvollmacht an

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse, Telefon .....

Der/die Bevollmächtigte ist bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden aufgeführt habe: (Nicht Gewünschtes bitte streichen)

Der/die Bevollmächtigte ist bevollmächtigt, mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist, zu vertreten, und zwar gerichtlich und außergerichtlich. Dies beinhaltet z.B.

die Verwaltung meines Vermögens und Verwaltung bzw. Verfügung über meine Vermögensgegenstände, die Durchführung aller Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland, das Stellen, Abändern und Zurücknehmen von Anträgen, das Abgeben von Erklärungen gegenüber Banken und Sparkassen sowie vor einem Notar, die Vertretung auch bei Behörden, Gerichten, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern, das Entgegennehmen und Öffnen von Post, den Zugriff auf Zugangsmedien (Tablet, Smartphone etc.) und auf meine Daten im Internet, insbesondere Benutzerkonten und diese beizubehalten, zu ändern oder zu löschen, die Regelung der Bestattung nach meinen Wünschen.

Der/die Bevollmächtigte darf in allen mich betreffenden Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden. Dies beinhaltet z.B. die Berechtigung

alle Krankenunterlagen einzusehen und alle Auskünfte und Informationen von behandelnden Ärzten zu verlangen, in meinem Namen in Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einzuwilligen oder die Einwilligung zu versagen, über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zu entscheiden, über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege zu entscheiden, sowie über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) zu entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Der/die Bevollmächtigte soll alle rechtlichen Mittel in Anspruch nehmen, um meinen in der Patientenverfügung vom ..... genannten Willen durchzusetzen.

Der/die Bevollmächtigte hat in allen Fragen zu entscheiden, die mit der Ausübung des Aufenthaltsbestimmungsrechts verbunden sind. Er/sie darf  
meinen Aufenthalt bestimmen,  
einen Wohnraummietvertrag abschließen bzw. kündigen,  
einen Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen (ehemals: Heimvertrag) abschließen bzw. kündigen,  
meinen Haushalt auflösen.

Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben.

Der/die Bevollmächtigte soll erst dann von dieser Vollmacht Gebrauch machen, wenn meine Geschäftsunfähigkeit festgestellt ist. Diese Anweisung an den Bevollmächtigten gilt nur im Innenverhältnis, im Außenverhältnis gegenüber Dritten ist die Vollmacht unbeschränkt.

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, dass

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse, Telefon .....

als Betreuer bestellt wird. Diese Verfügung gilt dann auch als Betreuungsverfügung.

Handschriftliche Änderungen und Ergänzungen zur Vorsorgevollmacht

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dieses alles verfüge ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte

.....  
Ort, Datum Unterschrift

Ich habe mich davon überzeugt, dass der/die Unterzeichnete im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte ist.

.....  
Ort, Datum Unterschrift (Stempel)

Das Original meiner Vorsorgevollmacht befindet sich ..... (Eine) Kopie/n befinde(t)n sich .....
--