

LEBEN IN WÜRDE BIS ZULETZT!

Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Wohnort



HOSPIZBEWEGUNG
IM KREIS WARENDORF e.V.

„Nicht dem Leben mehr Stunden, sondern den Stunden mehr Leben geben.“

Diese häufig zitierte Aussage von Cicely Saunders, eine der Mitbegründerinnen der Hospizbewegung Europas, kann wohl als die kürzeste Patientenverfügung bezeichnet werden.



Cicely Saunders

Der Deutsche Bundestag hat mit Wirkung zum 1. September 2009 erstmalig ein Gesetz zur Patientenverfügung verabschiedet.

Mit dem vorliegenden Formular haben wir versucht, unsere Erfahrungen aus der Begleitung schwersterkrankter und sterbender Menschen und ihrer Zugehörigen sowie die Anforderungen des Gesetzes in eine vielschichtige und dennoch verständliche Form zu bringen.

Voraussetzung zur Erstellung einer Patientenverfügung ist es, Sterben und Tod als Teil des Lebens in den Blick nehmen zu wollen.

Damit Ihre Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht tatsächlich hilfreich und sinnvoll sind, gilt es, diese aus der Perspektive aller Beteiligten zu betrachten.

Somit ist die Errichtung einer Patientenverfügung

- eine Möglichkeit des strukturierten **Nachdenkens** über das eigene Sterben,
- ein Instrument, das hilft über das eigene Sterben mit seinen Zugehörigen **sprechen** zu können,
- ein Instrument zur Wahrnehmung der eigenen **Selbstbestimmung**,
- eine **Legitimation** meines Vorsorgebevollmächtigten und der an meiner Behandlung beteiligten Menschen.

Nachdenken über das, was im Falle einer schweren Erkrankung eine für Sie sinn- und wertvolle Lebensgestaltung ausmacht.

Sprechen mit denen, die von Ihren Wünschen und Vorstellungen betroffen sein werden, oder die diese sogar als Vorsorgebevollmächtigte in einen Behandlungsprozess einbringen sollen.

Selbstbestimmung, verstanden als Ihr Recht zur Gestaltung Ihres Lebens und somit auch Ihres eigenen Sterbens.

Legitimation derer, die durch Ergreifen oder Unterlassen einer möglichen Behandlungsoption entsprechend Ihrem (mutmaßlichen) Willen handeln.

Vorsorgevollmacht für den Gesundheitsbereich

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Personen meines besonderen Vertrauens:

Name

Geburtsdatum

Anschrift
oder in Vertretung

Name

Geburtsdatum

Anschrift

und erteile ihnen hiermit die Vollmacht,

an meiner Stelle mit den behandelnden Ärzten alle erforderlichen Entscheidungen zu besprechen und in meinem Sinne zu entscheiden. Die Vertrauenspersonen dürfen auch die Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen.

- in Absprache mit den behandelnden Ärzten darüber zu entscheiden, ob ja nein
freiheitsentziehende Maßnahmen, wie Bauchgurt oder Bettgitter, für mich
als hilfreiche Maßnahmen anzuordnen sind.
- ich bevollmächtige, gemäß § 1904 BGB, ausdrücklich meine Vorsorgebe- ja nein
vollmächtigten, im Sinne meiner Patientenverfügung auch in Maßnahmen
einzuwilligen, nicht einzuwilligen, oder Einwilligungen zu widerrufen, die mein
Versterben als Konsequenz nach sich ziehen.

Diese Vollmacht gilt, bis ich sie widerrufe.

Betreuungsverfügung

Falls die Bestellung einer gesetzlichen Betreuerin/eines gesetzlichen Betreuers notwendig wird, soll die obengenannte Person:

Name

Geburtsdatum

mit dieser Aufgabe betraut werden.

Falls diese aus unterschiedlichen Gründen nicht mit dieser Aufgabe betraut werden kann, soll dies folgende Person übernehmen.

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Allgemeine Patientenverfügung

Nach reiflicher Überlegung und ausführlichen Gesprächen mit meinem(n) Vorsorgebevollmächtigten verfühge ich für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden bzw. mitteilen kann, Nachfolgendes für meine medizinische und pflegerische Versorgung.

Ich betrachte mein Sterben und meinen Tod als wichtige Teile meiner Lebensgestaltung, für die ich vorsorgen will, ohne jedoch dem Irrglauben zu erliegen, dass mein Sterben von mir detailliert zu planen wäre.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass meine Patientenverfügung nur Orientierung für diejenigen sein kann, die im Falle von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsintrübung meinerseits in meinem Sinne zu entscheiden haben.

Ich möchte, dass Maßnahmen, die mein Leben verlängern könnten, unterbleiben, gegebenenfalls abgebrochen und dass keine Wiederbelebungsversuche durchgeführt werden für den Fall,

- dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess ja nein befinde.
- dass aller Wahrscheinlichkeit nach keine Aussicht darauf besteht, dass ich ja nein mein Bewusstsein wiedererlange.
- dass aufgrund von Krankheit oder Unfall ein schwerer Dauerschaden des ja nein Gehirns zurückbleibt, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Zustände bitte ich in Ermittlung meines mutmaßlichen Willens entsprechend (BGB 1901 Abs. 2) zu beurteilen.

Was mein Leben ausmacht, was mein Leben für mich hat sinn- und wertvoll werden lassen, wird/werden mein(e) Vorsorgebevollmächtigter(n) zu berichten und zu erklären wissen.

Daher bitte ich alle Ärzte und Pflegenden, die mit der Sorge um mich betraut sind, sich meinem Vorsorgebevollmächtigten gegenüber klar, deutlich und unmissverständlich zu äußern, so dass dieser die wichtigen Entscheidungen, welche nun zu treffen sind, treffen kann ohne allzu große Bedenken haben zu müssen.

In all den oben genannten Fällen bitte ich um menschlichen Beistand, Beachtung meiner Würde und um eine schmerz- und symptomlindernde Therapie und Pflege.

Ich danke allen an meiner Behandlung beteiligten Menschen und vor allem meinen Vorsorgebevollmächtigten für diesen bestimmt schweren Dienst. Ich weiß, dass sie sich alle Mühe geben werden, in meinem Sinne und meinem Willen gemäß zu entscheiden.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich habe zusätzlich mit Datum vom _____ eine Konkretisierung meiner Patientenverfügung vorgenommen (siehe „Beiblatt“).

Ergänzende Verfügung bei schwerer Erkrankung*

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Meine allgemeine Patientenverfügung vom _____ soll durch diese Ergänzungen noch einmal bestätigt werden und in einigen Punkten eine Konkretisierung erfahren. (Vgl. BGB 1901, Abs. 1)

Die folgenden Situationen geben mir Anlass dazu:

- Seit einiger Zeit weiß ich, dass ich an einer schwerwiegenden Erkrankung ja nein leide, an der ich sehr wahrscheinlich sterben werde.
- Bei mir ist eine beginnende Demenzerkrankung diagnostiziert worden, bzw. rechne ich mit einem fortschreitenden Abbau meines geistigen Vermögens. ja nein
- Meine aktuelle gesundheitliche Situation ...

Nach intensiven und klärenden Gesprächen mit meinen behandelnden Ärzten und/oder kundigen Vertrauenspersonen befürchte ich, dass auf Grund meiner gesundheitlichen Situation folgende Komplikationen bzw. Symptome zu erwarten sind:

Wenn diese Komplikationen bzw. Symptome ein- bzw. auftreten, wünsche ich folgende Behandlung und Unterstützung:

Unter keinen Umständen wünsche ich:

Ich bevollmächtige, gemäß § 1904 BGB, ausdrücklich meine Vorsorgebevollmächtigten, im Sinne meiner Patientenverfügung auch in Maßnahmen einzuwilligen, nicht einzuwilligen, oder Einwilligungen zu widerrufen, die mein Versterben als Konsequenz nach sich ziehen. ja nein

Diese „Ergänzende Verfügung“ gilt bis ich sie widerrufe.

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Beratung

Diese ergänzende Verfügung bei schwerer Erkrankung, deren Inhalt sowie mögliche Konsequenzen habe ich heute mit dem Verfügenden besprochen.

Praxisstempel	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Aktualität der vorliegenden Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

*Dieses Beiblatt kann auch durch ein anderes individuell erstelltes Schreiben ersetzt werden.

Wir bestätigen

Hiermit erklären wir (Vorsorgebevollmächtigte oder andere Zeugen), dass die ausstellende Person die hier schriftlich verfassten Willens- und Werteäußerungen uns gegenüber klar und deutlich zum Ausdruck gebracht hat.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Ergänzende Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, bevollmächtige ich:

Name

Geburtsdatum

Anschrift
oder in Vertretung

Name

Geburtsdatum

Anschrift

und erteile ihnen hiermit die Vollmacht,

- mich in allen Vermögens-, Renten- oder Versorgungs- bzw. Steuer- und sonstigen Rechtsangelegenheiten in jedem Fall zu vertreten. ja nein
- zur Verwaltung meines Vermögens und zur Verfügung über Vermögensgegenstände.* (*Auskunft über Bankvollmachten bei Banken/Sparkassen.*) ja nein
- meinen Aufenthalt zu bestimmen sowie zum Abschluss eines Heimvertrags oder einer ähnlichen Vereinbarung und zur Auflösung meines Mietverhältnisses bzw. meiner Wohnung. ja nein
- die für mich bestimmte Post entgegenzunehmen und zu öffnen. ja nein
- nach meinem Tod die Bestattung zu organisieren und über mein Grab zu entscheiden. ja nein
- Diese Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten. ja nein

Diese Vollmacht gilt, bis ich sie widerrufe.

Ort, Datum

Unterschrift

* Wenn Grundstücksgeschäfte oder Erbausschlagungen durch die Bevollmächtigten vorgenommen werden sollen, ist eine Bestätigung einer solchen Formulierung durch eine Betreuungsbehörde oder durch einen Notar erforderlich.

Hinweise und Anregungen

Zuallererst möchten wir Sie bitten, die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht aufmerksam zu lesen. Sie werden feststellen, dass sich diese Formulare aus verschiedenen Teilen zusammensetzen, die je nach Bedürfnis und Lebenssituation miteinander kombiniert und ausgefüllt werden können:

- **Vorsorgevollmacht für den Gesundheitsbereich**
- *Betreuungsverfügung*
- **Allgemeine Patientenverfügung**
- *Ergänzende Verfügung bei schwerer Erkrankung (Beiblatt)*
- *Ergänzende Vorsorgevollmacht*
- *Bestätigung der Patientenverfügung (Wir bestätigen)*

Die **fett** gedruckten Teile sind für die regelhafte Erstellung einer Patientenverfügung erforderlich. Die *kursiv* gesetzten Teile können bei Bedarf ausgefüllt und somit nach Unterschrift gelten.

Solange Sie nicht an einer schweren Erkrankung leiden, ist das Ausfüllen der „Ergänzenden Verfügung“ (Beiblatt) nicht erforderlich.

Eine notarielle Beglaubigung macht die Patientenverfügung nicht gültiger und ist daher nicht nötig. Sollten jedoch Zweifel an der Geschäftsfähigkeit der verfügenden Person bestehen, kann eine notarielle Beglaubigung durchaus sinnvoll sein.

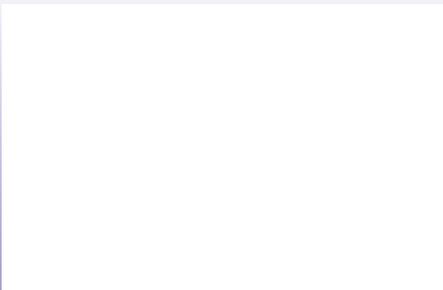
Eine regelmäßige Unterschrift als Bestätigung Ihrer Patientenverfügung ist nicht erforderlich. Sie kann aber in der „Ergänzenden Verfügung“ die Aktualität Ihrer konkreten Wünsche unterstreichen.

Sie sollten das Original der Patientenverfügung zusammen mit Ihren anderen wichtigen Dokumenten so aufbewahren, dass das Dokument schnell gefunden werden kann. Es ist darüber hinaus ebenfalls sinnvoll, den vorsorgebevollmächtigten Personen und Ihrem Hausarzt Kopien zur Verfügung zu stellen.

Wir möchten Ihnen zu bedenken geben, dass die Vorsorgebevollmächtigten Menschen sein sollten, die nah genug mit Ihnen und Ihrem Leben verbunden sind, damit sie die Entscheidungen so treffen können, dass sie Ihnen und Ihrem mutmaßlichen Willen entsprechen. Nahe Angehörige können mit dieser Aufgabe in bestimmten Situationen emotional überfordert sein.

Ihre nächsten Angehörigen und vertrauten Personen sollten immer darüber informiert sein, dass Sie eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht erstellt haben.

Wenn Sie Fragen haben oder eine Beratung wünschen, nehmen Sie Kontakt mit uns auf!



Herausgeber / Bestelladresse:

Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.
HOSPIZ- UND PALLIATIVZENTRUM
Im Nonnengarten 10, 59227 Ahlen
Tel: 0 23 82 / 88 90 90
info@hospizbewegung-waf.de
www.hospizbewegung-waf.de

Schutzgebühr 3,00 Euro

Abdruck und Vervielfältigung nur mit Genehmigung
des Herausgebers.