

LEBEN IN WÜRDE BIS ZULETZT!

Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung

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 (1918-2005), eine der Mitbegründerinnen der Hospizbewegung in Europa und Pionierin der Palliativmedizin, kann wohl als die kürzeste Patientenverfügung überhaupt bezeichnet werden.



Cicely Saunders

Mit diesem Formular haben wir unsere Erfahrungen aus der Begleitung schwerstkranker, sterbender Menschen sowie ihrer Zugehörigen und die gesetzlichen Anforderungen zur Erstellung einer Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht in eine praktikable und zugleich rechtlich belastbare Form gebracht.

Dabei verstehen wir als Hospizbewegung die Erteilung einer Vorsorgevollmacht für den Gesundheitsbereich und das Verfassen einer Patientenverfügung vor allem als einen Anlass der Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und Sterben.

Es ergibt sich dadurch die Gelegenheit, mit den Menschen aus dem eigenen Umfeld über die Ziele und Erwartungen an das eigene Leben und Sterben, sowohl in Gesundheit als auch in Zeiten schwerer Erkrankung, in ein Gespräch und in die Auseinandersetzung zu kommen.

Dies eröffnet die Möglichkeit, eine*n Vorsorgebevollmächtigte*n darüber in Kenntnis zu setzen, was Sie im Leben bewegt, welche Werte in Ihrem Leben eine Bedeutung haben und mit welchen Einschränkungen Sie sich ein Leben nur schwerlich vorstellen können.

Mit diesem Wissen und einer Vorsorgevollmacht ausgestattet, kann es der bevollmächtigten Person eine Hilfe sein, wenn sie in Ihrem Sinne für Sie entscheiden muss, für den Fall, dass Sie dazu nicht mehr in der Lage sind.

Vorsorgevollmacht für den Gesundheitsbereich

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, bevollmächtige ich hiermit als Person meines Vertrauens:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

oder in Vertretung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Die Person soll an meiner Stelle von den behandelnden Ärzt*innen über meinen Zustand und alle Möglichkeiten der Behandlung umfassend informiert werden, um in meinem Sinne entscheiden zu können.

Meine Vertrauensperson darf auch die Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen.

Sie darf (gem. §1820 Abs. 2 BGB)

- in sämtliche Maßnahmen medizinischer Untersuchungen, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, nicht einwilligen oder Einwilligungen widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der (Nicht-)Maßnahme(n) sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§1829 BGB). ☐ ja ☐ nein
- auch die Einwilligung zum Unterlassen und Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen (§1829 BGB). ☐ ja ☐ nein
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Gurte im Bett oder Rollstuhl) mit Genehmigung des Gerichtes entscheiden (§1831 BGB). ☐ ja ☐ nein

Diese Vollmacht gilt, bis ich sie widerrufe.

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmachten eine gesetzliche Vertretung (rechtliche Betreuung) erforderlich sein sollte, bitte ich die folgende Person als Betreuer*in zu bestellen:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Falls die vorgenannte Person diese Aufgabe nicht wahrnehmen kann, will oder darf, soll diese folgende Person übernehmen:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber*in

Allgemeine Patientenverfügung

Nach eingehender Überlegung und ausführlichen Gesprächen mit meiner vorsorgebevollmächtigten Person verfüge 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 Phase meines Lebens, die es zu gestalten gilt und für die ich vorsorgen will, ohne jedoch dem Irrglauben zu erliegen, dass mein Sterben von mir detailliert geplant werden könnte.

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

Ich möchte, dass Maßnahmen, die mein Leben verlängern, unterbleiben, abgebrochen und keine Wiederbelebensmaßnahmen durchgeführt werden,

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

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Lebenssituationen bitte ich entsprechend meines mutmaßlichen Willens zu beurteilen (gem. §1827 Abs. 2 BGB).

Was mein Leben ausmacht, was mein Leben für mich hat sinn- und wertvoll sein lassen, wird meine vorsorgebevollmächtigte Person zu berichten und zu erklären wissen.

Daher bitte ich alle Ärzt*innen und Pflegenden, die mit der Sorge um mich betraut sind, sich meiner vorsorgebevollmächtigten Person gegenüber detailliert und unmissverständlich zu äußern, so dass diese die wichtigen Entscheidungen, welche nun zu treffen sind, in meinem Sinne treffen kann.

In all den oben genannten, und auch in den nicht ausdrücklich 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 meiner vorsorgebevollmächtigten Person, für diesen anspruchsvollen Dienst. Ich weiß, dass sich alle Mühe geben werden, in meinem Sinne und meinem Willen entsprechend zu entscheiden.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber*in

Ich habe zusätzlich, mit Datum vom _____, eine ergänzende Verfügung bei schwerer Erkrankung formuliert (siehe Einleger).

Ergänzende Verfügung bei schwerer Erkrankung*

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Meine bisher errichtete allgemeine Patientenverfügung vom _____ soll heute eine Konkretisierung erfahren, da ich Kenntnis darüber habe, dass ich schwer erkrankt bin und / oder nähere Kenntnis über die Umstände meines Sterbens erhalten habe, die es erlauben, dass ich mich, nach beratenden Gesprächen mit den mich behandelnden Ärzt*innen, konkret zu bestimmten Behandlungsoptionen äußern kann.

Mein gesundheitlicher Zustand stellt sich wie folgt dar:

Nach beratenden Gesprächen mit meinen behandelnden Ärzt*innen, weiß ich, dass folgende Situationen eintreten können:

Sollte es dazu kommen, wünsche ich:

Ausdrücklich wünsche ich dann nicht:

Ich wiederhole an dieser Stelle nochmals, dass mein*e Vorsorgebevollmächtigte*r ausdrücklich in meinem Sinne entscheiden darf und soll! Sie / Er darf in Maßnahmen einwilligen, nicht einwilligen oder Einwilligungen widerrufen, die mein Versterben nach sich ziehen können!

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Beratung

Diese „Ergänzende Verfügung bei schwerer Erkrankung“, deren Inhalt sowie mögliche Konsequenzen habe ich heute mit dem / der Verfügenden besprochen.

Praxisstempel	
Ort, Datum	Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Aktualität der vorliegenden Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

*Diese Ergänzung kann auch durch ein anderes individuell erstelltes Schreiben ersetzt werden.

Wir bestätigen / bezeugen

Hiermit erkläre ich (Vorsorgebevollmächtigte*r und andere Zeug*innen), dass die ausstellende Person die hier schriftlich verfassten Willens- und Werteäußerungen mir / uns gegenüber selbstständig, klar und deutlich zum Ausdruck gebracht hat.

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift

Ergänzende Vorsorgevollmacht

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift
oder in Vertretung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

- mich in allen Vermögens-, Renten- oder Versorgungs- bzw. Steuer- und sonstigen hiermit einhergehenden Rechtsangelegenheiten in jedem Fall zu vertreten,
- zur Verwaltung meines Vermögens und zur Verfügung über Vermögensgegenstände* (Auskunft über Bankvollmachten bei Banken / Sparkassen),
- meinen Aufenthalt zu bestimmen sowie dazu, alle vertraglich damit einhergehenden Aspekte zu regeln (z. B. Abschluss eines Heimvertrags oder einer ähnlichen Vereinbarung, Auflösung von Mietverhältnissen bzw. meines Haushaltes, usw.),
- die für mich bestimmte Post entgegenzunehmen, zu erhalten, zu öffnen und zu bearbeiten,
- auf meine digitalen Benutzerkonten (z. B. Soziale Netzwerke, E-Commerce-Anbieter, Zahlungsdienstleister usw.) zuzugreifen, diese gegebenenfalls abzuändern und zu löschen. Hierzu erforderliche Zugangsdaten darf sie anfordern, nutzen, ändern oder löschen (eine Liste mit Zugangsdaten ist sinnvoll),
- nach meinem Tod die Bestattung zu organisieren und über mein Grab zu entscheiden.
- Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

Diese Vollmacht gilt, bis ich sie widerrufe.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber*in

*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

Wir möchten Sie bitten, das gesamte Formular aufmerksam zu lesen.
Es setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

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

Die **fett** gedruckten Teile sind für die Erstellung einer Patientenverfügung erforderlich. Die *kursiv* gedruckten Teile *können* bei Bedarf ausgefüllt werden. Wir halten es für wichtig, dass eine Patientenverfügung zusammen mit einer Vorsorgevollmacht erstellt wird, damit ein*e Vorsorgebevollmächtigte*r von Ihnen legitimiert ist, Ihre Wünsche durchzusetzen. Bei einer vorsorgebevollmächtigten Person sollte es sich um einen Menschen handeln, der Sie kennt und nahe genug mit Ihnen verbunden ist, um Entscheidungen für Sie gemäß Ihrer Patientenverfügung durchzusetzen oder in der Lage ist, Ihrem mutmaßlichen Willen zu entsprechen.

Die weiteren Teile in diesem Formular gelten zusammen als umfassende Vorsorgeinstrumente für den Fall, dass Sie selbst nicht mehr für sich entscheiden können.

Alle Teile dieses Formulars sind einzeln ausgefüllt und von Ihnen unterschrieben ohne notarielle Beglaubigung gültig. Sollten Zweifel an Ihrer Geschäftsfähigkeit bestehen, kann eine notarielle Beglaubigung sinnvoll sein.

Eine regelmäßige Unterschrift mit Datum als Bestätigung Ihrer Patientenverfügung ist nicht nötig, kann aber die Aktualität Ihrer Wünsche unterstreichen.

Sie sollten Ihre*n Vorsorgebevollmächtigte*n darüber informieren, dass Sie eine Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung erstellt haben und wo Sie die Originale aufbewahren, damit diese schnell gefunden werden. Die bevollmächtigte Person kann sich nur durch Vorlage des Originals legitimieren.

Sollten Sie einen Organspendeausweis haben, legen Sie diesen auch zu den Originalen der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Das Bundesministerium für Gesundheit weist auf Folgendes hin: „Auf Wunsch der beziehungsweise des Versicherten können neben den Notfalldaten auch persönliche Hinweise auf das Vorliegen einer schriftlichen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, einer Patientenverfügung oder auch einer Vorsorgevollmacht und deren Aufbewahrungsort (zum Beispiel „in der linken Schreibschublade“) auf der eGK (elektronischen Gesundheitskarte) hinterlegt werden.“

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, die Dokumente in einem bundesweiten Zentralregister registrieren zu lassen (<https://www.vorsorgeregister.de/privatpersonen>).



Wenn Sie Fragen haben oder ein Gespräch zu diesem Thema wünschen, nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf!



Herausgeber / Bestelladresse:

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

Schutzgebühr 4,00 Euro

© Hospizbewegung im Kreis Warendorf e. V.
Abdruck und Vervielfältigung nur mit Genehmigung des Herausgebers.