

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, bevollmächtige ich hermit als Person meines Vertrauens:

Name

Geburtsdatum

Anschrift

oder in Vertretung

Name

Geburtsdatum

Anschrift

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, sowie

- über freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Gurte im Bett oder Rollstuhl) gem. (§ 1906 Abs. 1 BGB) mit Genehmigung des Gerichtes zu entscheiden, sowie ja nein
- in alle medizinischen Untersuchungen, Behandlungen und ärztliche Eingriffe einzuwilligen oder diese zu verweigern, auch wenn die Gefahr besteht, dass ich daran sterben oder schweren gesundheitlichen Schaden erleiden könnte, sofern dies meinem Willen bzw. mutmaßlichen Willen entspricht, erforderlichenfalls mit Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 Abs. 1 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 oben genannte Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen:

Name

Geburtsdatum

Falls die vorgenannte Person aus unterschiedlichen Gründen diese Aufgabe nicht wahrnehmen kann, soll dies folgende Person übernehmen.

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Allgemeine Patientenverfügung

Nach reiflicher Überlegung und ausführlichen Gesprächen mit meinem(n) Vorsorgebevollmächtigten 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 Teile meines Lebens, die es zu gestalten gilt und 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 Bewusstseinstörung 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 befinde. ja nein
- dass aller Wahrscheinlichkeit nach keine Aussicht darauf besteht, dass ich mein Bewusstsein wiedererlange. ja nein
- dass aufgrund von Krankheit oder Unfall ein schwerer Dauerschaden des Gehirns zurückbleibt, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. ja nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Zustände bitte ich in Ermittlung meines mutmaßlichen Willens entsprechend (§ 1901a Abs. 2 BGB) 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, in meinem Sinne treffen kann.

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 anspruchsvollen 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. § 1901a Abs. 1 BGB).

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 § 1901a Abs. 1 BGB, ausdrücklich meine ja nein
Vorsorgebevollmächtigten, im Sinne meiner Patientenverfügung auch
in Maßnahmen einzuwilligen, nicht einzuwilligen, oder Einwilligungen
zu widerrufen, die mein Versterben als Konsequenz nach sich ziehen.

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 / bezeugen

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

- 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.
HOSPIZZENTRUM
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.