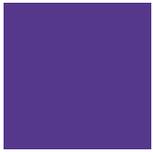


Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung



Liebe Leserin, lieber Leser,

wenn Sie dieses Heft zur Hand nehmen, wollen Sie Vorsorge treffen für den Fall, dass Sie nicht mehr über sich selbst bestimmen können und Entscheidungen getroffen werden müssen. Darüber nachzudenken kann schwer sein, einmal, weil der Gedanke an das Sterben und den Tod nur selten leicht sind. Aber auch, weil Sie über Situationen nachdenken, in denen Sie jetzt nicht sind und die deshalb auch kaum vorstellbar sind. Sie finden deshalb in diesem Heft nicht nur die Patientenverfügung, in der Sie das, was Ihnen für eine solche Lage wichtig ist, benennen können. Sondern Sie finden auch eine Vorsorgevollmacht, mit der Sie sich einer anderen Ihnen vertrauten Person anvertrauen können. Diese hat dann die Aufgabe, für den Fall, dass Sie nicht mehr über sich selber bestimmen können, ganz in Ihrem Sinne zu handeln und das auch anderen gegenüber zu vertreten. Diese Person muss volljährig sein und der Belastung durch eine schwierige Situation gewachsen sein.

Sie ahnen, dass Sie damit einem anderen eine schwierige Aufgabe zuweisen und wollen schon vorweg dabei helfen. Bitte bedenken Sie, dass es unbedingt notwendig ist, mit dem Menschen, den Sie hier beauftragen, auch darüber zu sprechen. Es ist daher gut, dieses Heft gemeinsam durchzugehen und auszufüllen. Dabei haben Sie die Chance, auftretende Fragen gleich zu klären.

Manchmal kommt es bei nicht eingesetzten Personen zu Kränkungen, weil die Übertragung dieser Verantwortung als ein großes Zeichen von Nähe und Vertrauen angesehen wird. Um dem vorzubeugen, kann es hilfreich sein, mit weiteren Ihnen vertrauten Personen über diese Verfügungen und Ihre Beweggründe dafür zu sprechen.

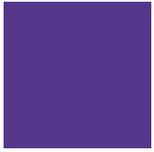
Was Sie hier verfügen, kann Ihnen das Herz erleichtern und den von Ihnen Beauftragten in ihren Entscheidungen wertvolle Unterstützung geben. Es wird im Bedarfsfall rechtsgültig beziehungsweise zur Grundlage einer richterlichen Entscheidung.

Wir können nicht alles, was geschehen könnte, vorweg bedenken: Weil jeder Mensch einmalig ist, lebt und stirbt er einmalig. Darum ist es gut, wenn andere für uns da sind und auch in unserem Sinne handeln.

Und schließlich: Auch wenn wir Vieles selbst bestimmen und regeln, dürfen wir gerade das, über das wir nicht verfügen und das vielleicht unvorhergesehen kommt, vertrauensvoll in Gottes Hand legen.

Dirk Hermann

Referent Diakonisches Profil
Diakonie in Südwestfalen



Einführung

Sie finden in diesem Heft eine Vorsorgevollmacht (S. 6) und eine Patientenverfügung (S. 10). Mit ihnen können Sie Ihr Selbstbestimmungsrecht im Voraus wahrnehmen für den Fall, dass Sie einwilligungsunfähig sind. Die rechtliche Grundlage für die Patientenverfügung findet sich im § 1901 a BGB. **Wir empfehlen, nach Möglichkeit sowohl die Vorsorgevollmacht als auch die Patientenverfügung eigenhändig auszufüllen.** Zur Wirksamkeit ist dies allerdings nicht erforderlich.

I.
Seit dem 1. Januar 2023 gibt es für akute Krankheitssituationen ein gesetzliches **Ehegattennotvertretungsrecht** für Gesundheitsangelegenheiten. Es gilt nur für nicht getrennt lebende Verheiratete. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind dann von ihrer Schweigepflicht entbunden.

Was versteht man unter Ehegattennotvertretungsrecht?

Wenn eine verheiratete Person z. B. wegen Bewusstlosigkeit oder Koma selbst nicht mehr in der Lage ist, in Gesundheitsangelegenheiten zu entscheiden, darf der Ehepartner bzw. die Ehepartnerin grundsätzlich Entscheidungen für sie treffen. Der bzw. die vertretende Ehepartner bzw. -partnerin kann dann z. B. in ärztliche Untersuchungen oder Heilbehandlungen einwilligen oder Krankenhaus- und Behandlungsverträge abschließen.

Wofür und wie lange gilt das Ehegattennotvertretungsrecht?

Im Unterschied zu den Möglichkeiten der Vorsorge mit einer Vorsorgevollmacht ist das Ehegattennotvertretungsrecht ausschließlich auf Entscheidungen im medizinischen Bereich beschränkt. Für die Behandlung des oder der handlungsunfähigen Ehepartners oder Ehepartnerin dürfen Verträge abgeschlossen werden. Entscheidungen im Bereich der Vermögenssorge umfasst es nicht. Um für den Notfall möglichst umfassend vorzusorgen, empfiehlt sich deshalb weiterhin eine Vorsorgevollmacht. Das Ehegattennotvertretungsrecht ist auf sechs Monate begrenzt. Diese Frist beginnt in dem Moment, in dem der behandelnde Arzt oder die Ärztin schriftlich bescheinigt, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für das Ehegattennotvertretungsrecht vorliegen und seit welchem Zeitpunkt.

Wann gilt das Ehegattennotvertretungsrecht nicht?

Das Ehegattennotvertretungsrecht gilt nicht, wenn dem Arzt oder der Ärztin bekannt ist, dass der handlungsunfähige Ehepartner oder die Ehepartnerin nicht von dem oder der anderen vertreten werden möchte. Wer die Vertretung ablehnt, kann dem formlos widersprechen. Der Widerspruch richtet sich in erster Linie an die andere Ehepartnerin oder den anderen Ehepartner, er kann aber auch anderen geeigneten Personen bekannt gemacht werden. Es ist auch möglich, einen Widerspruch im Zentralen Vorsorgeregister, in das die Ärztin oder der Arzt Einsicht nehmen kann, eintragen zu lassen.

Das Ehegattennotvertretungsrecht gilt auch nicht, wenn ein Gericht bereits eine(n) rechtliche(n) Betreuer bzw. eine Betreuerin bestellt hat, zu dessen bzw. deren Aufgabenkreis auch Gesundheitsangelegenheiten gehören. Das Ehegattennotvertretungsrecht gilt außerdem nicht, wenn der behandelnde Arzt oder die Ärztin Kenntnis von einer Vorsorgevollmacht hat, die Gesundheitsangelegenheiten umfasst. Liegt eine Patientenverfügung vor, in der Festlegungen für die konkrete Behandlungssituation getroffen wurden, bleiben diese verbindlich, auch wenn ein Ehegattennotvertretungsrecht besteht.

II.

1. Für die **Vorsorgevollmacht** suchen Sie rechtzeitig und in guten Tagen einen Menschen, zu dem Sie Vertrauen haben, und besprechen Sie sich mit ihm. Suchen Sie Ihre Vertrauensperson mit Sorgfalt aus.
2. Versehen Sie die Vorsorgevollmacht mit Ihrem eigenen Namen, Ihrem Geburtsdatum, Ihrer Anschrift sowie mit Ort, Datum und Unterschrift und benennen Sie mit Namen, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer Ihre Vertrauensperson. Lassen Sie Ihre Person des Vertrauens die Vorsorgevollmacht unterschreiben. Machen Sie Ihrer Person des Vertrauens die Vorsorgevollmacht jederzeit zugänglich oder händigen Sie sie ihr zur Aufbewahrung aus. Die Vorsorgevollmacht tritt in Kraft ohne richterliche Entscheidung.
3. Es kann sinnvoll sein, die Vorsorgevollmacht nach einiger Zeit noch einmal zur Hand zu nehmen und zu überprüfen, ob Sie alle Angaben weiterhin für richtig halten.
4. Geschäfte, die eine öffentliche Beglaubigung notwendig machen (zum Beispiel ein Grundbucheintrag), werden von dieser privatschriftlichen Vorsorgevollmacht nicht berücksichtigt.

III.

1. Die **Patientenverfügung** sollte im Blick auf Maßnahmen möglichst konkret und aussagekräftig abgefasst sein. Deshalb ist es wichtig, sich mit fachkundigen Gesprächspartnern auszutauschen und die verschiedenen Wahlmöglichkeiten gemeinsam zu besprechen.
2. Je nach Lebenssituation, Gesundheitszustand und Interesse kann es ratsam erscheinen, vorerst nur die Vorsorgevollmacht zu erstellen beziehungsweise von der Patientenverfügung lediglich die Teile A und C auszufüllen. Um den Umfang Ihrer Verfügungen entsprechend bestimmen zu können, empfiehlt sich ebenfalls die Beratung durch fachkundige Personen.
3. Ziehen Sie bei persönlichen Fragen Menschen Ihres Vertrauens zu Rate. Im Blick auf medizinische und pflegerische Maßnahmen ist es sinnvoll, sich von einer Ärztin oder von einem Arzt beraten zu lassen. Für seelsorgerliche Fragen wenden Sie sich bitte an eine Pastorin oder einen Pastor. In Krankenhäusern und Heimen stehen oft auch

Mitarbeitende des Sozialen Dienstes sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger zur Verfügung. Über Fragen zur rechtlichen Verbindlichkeit und zu Fragen der Form informieren Sie gern auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Diakonie in Südwestfalen. Bitte fragen Sie vor Ort nach.

4. Nehmen Sie sich für das Erstellen einer Patientenverfügung genügend Zeit. Geben Sie der Patientenverfügung mit Ihren persönlichen Ausführungen ein individuelles Gesicht. Dies kann auch bedeuten, dass Sie dieses Formular einer Patientenverfügung nur als Anregung für einen selbst gestalteten Entwurf nehmen.
5. Versehen Sie die Verfügung mit Ihrem eigenen Namen, Ihrem Geburtsdatum, Ihrer Anschrift sowie mit Ort, Datum und Unterschrift.
6. Es kann sinnvoll sein, die Patientenverfügung nach einiger Zeit noch einmal zur Hand zu nehmen und zu überprüfen, ob Sie alle Angaben weiterhin für richtig halten.
7. Sofern Sie eine Patientenverfügung ausgefüllt haben, ist es zu empfehlen, die Vertrauensperson gegebenenfalls später über gemachte Änderungen zu einem späteren Zeitpunkt zeitnah zu informieren. Die Patientenverfügung muss nicht wiederholt unterschrieben werden.

Sorgen Sie dafür, dass der Vertrauensperson die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung zugänglich sind und von ihr leicht erreicht werden können. Dazu dient die Faltkarte am Ende des Heftes. Sie gibt einen Hinweis auf das Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht und / oder einer Patientenverfügung.

Vertrauensperson und behandelnder Arzt setzen sich miteinander in Verbindung und beraten in Ihrem Sinne über sinnvolle Maßnahmen. Dabei sind die Festlegungen, die Sie in der Patientenverfügung vorgenommen haben, verbindlich.

Wenn Sie keine Patientenverfügung ausfüllen möchten, gilt Ihr mutmaßlicher Wille. Sie sollten mit Ihrer Vertrauensperson über Ihre Behandlungswünsche sprechen.

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Vorsorgevollmacht und/oder die Patientenverfügung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren zu lassen, damit diese im Betreuungsfall gefunden wird (www.vorsorgeregister.de). Die Registrierung umfasst die wesentlichen Daten der Verfügung und/oder Vollmacht, insbesondere Ihren Namen und Ihre Anschrift, den Umfang der Vollmacht und die Daten Ihrer Vertrauensperson. Sollte Ihre Vorsorgevollmacht im Ernstfall nicht aufgefunden werden, werden Sie vom Gericht einen Betreuer amtlich zugeteilt bekommen.

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit einer notariellen Beurkundung der Patientenverfügung oder einer öffentlichen honorarfreien Beglaubigung der Vorsorgevollmacht.

Falls Sie befürchten, dass später Ihre Einwilligungsfähigkeit bei der Verfassung dieser Verfügung angezweifelt wird, können Sie dies von einem Arzt oder Anwalt attestieren lassen.



Vorsorgevollmacht

Ich,

geboren am in

wohnhaft in

Telefon | E-Mail

bevollmächtige hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, also gerade auch für den Fall meiner späteren Entscheidungs- bzw. Einwilligungsunfähigkeit, gemäß § 1896 Abs. 2, Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) als **meine/n Vertreter/in**

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

Vorname | Name | Geburtsdatum | Anschrift | Telefon

Die Vollmacht gilt nur, wenn die Vertrauensperson das Original dieser Vollmacht vorlegen kann. Die Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe.

Diese Vollmacht ist jederzeit widerruflich. Sie gilt über den Tod hinaus.

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Ja Nein

Die Vertrauensperson soll in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder teilstationären Pflege. Meine Patientenverfügung - so vorhanden - muss dabei beachtet werden.

Die Vertrauensperson hat insbesondere das Recht, in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einzuwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Was das Einleiten, Verändern oder Beenden von lebensverlängernden Maßnahmen angeht, so ist die Vertrauensperson berechtigt, an meiner Statt zu sprechen und zu entscheiden. Gleiches gilt für die Nichteinwilligung oder den Widerruf ihrer Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (vgl. § 1904 Abs. 2 BGB). Maßgeblich sind diejenigen Wünsche, die ich in einer Patientenverfügung niedergelegt habe. Falls keine Patientenverfügung vorliegt, so ist der mutmaßliche Wille entscheidend (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Die Vertrauensperson ist berechtigt, Krankenunterlagen einzusehen und deren Herausgabe an Dritte zu bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Die Vertrauensperson darf meine Unterbringung mit Freiheit entziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und Freiheit entziehende Sicherungsmaßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) beim Betreuungsgericht einwilligen, sofern dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. Ich weiß, dass eine derartige Maßnahme der Genehmigung des Betreuungsgerichtes bedarf. Die Vollmacht umfasst die Befugnis zur Einwilligung in ärztliche Maßnahmen (ärztliche Zwangsmaßnahmen, § 1906 Abs. 3 BGB), die meinem natürlichen Willen widersprechen.

2. Aufenthalt u. Wohnungsangelegenheiten

Ja Nein

Die Vertrauensperson darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten im Hinblick auf meine Haushaltsführung wahrnehmen, gegebenenfalls das Mietverhältnis über meine Wohnung sowie meinen Haushalt auflösen oder einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

3. Vermögensverwaltung

Ja Nein

Die Vertrauensperson ist berechtigt zur Verwaltung des Vermögens Bankkonten aufzulösen, zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb sowie zum Abschluss eines Heimvertrages oder ähnlicher Vereinbarungen (für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie zusätzlich auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen).

4. In-sich-Geschäfte

Ja Nein

Die Vertrauensperson ist berechtigt das Vermögen und Vermögensgegenstände auch für eigene Zwecke zu verwenden (Befreiung vom Verbot des Inschlagäfts nach § 181 BGB).

5. Post und Fernmeldeverkehr

Ja Nein

Die Vertrauensperson darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

6. Behörden

Ja Nein

Die Vertrauensperson darf mich zu allen Verfahrenshandlungen vor Gericht, bei Behörden, bei allen Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

7. Möglichkeit der Untervollmacht

Ja Nein

Die Vertrauensperson kann in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht im Rahmen dieser Vollmacht erteilen. Dabei sind die Bestimmungen dieser Vollmacht zu beachten.

8. Betreuungsverfügung

Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so verlange ich, dass die von mir genannte Vertrauensperson bestellt wird.

Platz für persönliche, handschriftliche Bemerkungen des Vollmachtgebers:

.....
Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtgeber/in (Vorsorgevollmacht)

.....
Ort, Datum, Unterschrift Vertrauensperson (Vorsorgevollmacht)



Patientenverfügung – Teil A (allgemein)

Ich,

geboren am

wohnhaft in

bestimme hiermit, dass diese Patientenverfügung insbesondere für folgende Fälle und für ungefähr derartige Fälle gelten soll (Bitte streichen Sie die Passagen, die nicht Ihrem Willen entsprechen):

- wenn ich mich nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar in der unmittelbaren Sterbephase befinde,
- wenn ich mich nach ärztlicher Einschätzung im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung befinde, dies gilt auch, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- wenn in Folge einer direkten oder indirekten 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,
- wenn ich bereits in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung, Alzheimerkrankheit) auch mit ausdauernder Hilfeleistung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, und zugleich ein weiteres schwerwiegendes Grundleiden wie

..... hinzukommt;

wenn

.....

so treffe ich folgende Festlegungen:

Ich wünsche, dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen wenn möglich auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit pflegerischer Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. 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.

- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

ODER

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.



Patientenverfügung – Teil B (konkrete Bestimmungen)

Konkret verfüge ich über die in Teil A (allgemeine Bestimmungen) auf Seite 10 unter den beschriebenen Situationen:

- I.** Nach ärztlicher Beratung wünsche ich eine fachgerechte **Schmerzbehandlung** mit Kontrolle der auftretenden Nebenwirkungen (Symptomkontrolle).
- Ich wünsche jedoch keine das Bewusstsein dämpfende Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.
- Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich auch das Bewusstsein dämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich dabei in Kauf.
- II.** Nach ärztlicher Beratung verfüge ich für die auf Seite 10 gewählten Situationen im Blick auf **künstliche Ernährung**:
- Ich wünsche keine künstliche Ernährung. Dies gilt unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung von Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke sowie über venöse Zugänge).
- III.** Nach ärztlicher Beratung verfüge ich im Blick auf die **Zufuhr von Flüssigkeit**:
- Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- Die künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden.
- Ich wünsche die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.
- Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztl. Ermessen reduziert werden. Durstgefühl soll auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute.

IV. Nach ärztlicher Beratung verfüge ich im Blick auf mögliche **Wiederbelebungsversuche**:

- Ich wünsche, Versuche zur Wiederbelebung grundsätzlich zu unterlassen.
- Ich wünsche keine Wiederbelebungsmaßnahmen, es sei denn, dass im Rahmen medizinischer Maßnahmen (etwa bei Operationen) unerwartet ein Atemversagen oder ein Kreislaufstillstand eintritt.

V. Nach ärztlicher Beratung verfüge ich im Blick auf **künstliche Beatmung**:

- Ich wünsche keine künstliche Beatmung bzw. das Einstellen einer bereits eingeleiteten Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch die Medikamente nehme ich in Kauf.

VI. Nach ärztlicher Beratung verfüge ich im Blick auf die Möglichkeit einer **Dialyse-Behandlung**:

- Ich wünsche, dass keine Dialyse durchgeführt beziehungsweise eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. Ausgenommen sind akute Notfallsituationen, in denen das Gebot, lebensrettende Hilfe zu leisten, Vorrang hat.

VII. Darüber hinaus verfüge ich nach ärztlicher Beratung:

- Ich wünsche Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.
- Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.
- Falls ich als Organspender infrage komme, stimme ich lebensverlängernden Maßnahmen um wenige Tage zu.

VIII. Ich möchte in den oben beschriebenen Situationen

- zum Sterben ins Krankenhaus (wenn möglich in das
.....
-Krankenhaus) verlegt werden,
damit alle verfügbaren medizinischen und pflegerischen Maßnahmen durchgeführt werden können.
- nach Möglichkeit zu Hause bleiben beziehungsweise in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich in einem Hospiz (bevorzugt im
.....
-Hospiz) sterben.

IX. Ich möchte Beistand durch folgende Person/en erhalten:

Name

Anschrift

Telefon

X. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Vertrauensperson besprochen. Meine bevollmächtigte Vertrauensperson ist

Name

Anschrift

Telefon



Patientenverfügung – Teil C (Verbindlichkeit)

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten befolgt wird. Sollte eine Ärztin oder ein Arzt nicht bereit sein, meinen Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Damit erwarte ich von meiner Vertrauensperson, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Solange ich meine Patientenverfügung nicht schriftlich oder mündlich oder durch schlüssiges Handeln widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn ich aber durch Worte, Gesten, Blicke oder andere Äußerungen deutlich mache, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten (Ehegatten, eingetragener Lebenspartner, nichteheliche Lebensgefährten, Eltern, Kinder, behandelnder Arzt und Vertrauensperson) zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Die letzte Entscheidung liegt immer bei meiner Vertrauensperson.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Patientenverfügung ändern oder widerrufen kann. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Platz für persönliche, handschriftliche Bemerkungen des Verfügenden:

Ort, Datum, Unterschrift (Patientenverfügung)

Meine Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Patientenverfügung/
Vorsorgevollmacht wurde bestätigt von

(Name einer Ärztin/eines Arztes bzw. der Hausärztin/des Hausarztes bzw. des
Anwalts/der Anwältin + Stempel und Unterschrift)

Bitte füllen Sie die Hinweiskarte aus, trennen Sie sie ab und legen Sie sie zu Ihren Ausweispapieren.

Bitte wenden Sie sich an meine Vertrauensperson:

Name

Straße

Ort

Telefon

**Vorsorgevollmacht |
Patientenverfügung**

Bitte dem behandelnden Arzt oder
der behandelnden Ärztin geben.

Für den Fall, dass ich

Name

Geburtsdatum.....

Straße/Ort.....

Telefon

nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, habe ich eine Vorsorgevollmacht und ggf. eine Patientenverfügung auf die meine Vertrauensperson Zugriff hat.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Impressum:

Diakonie in Südwestfalen gGmbH

Wichernstraße 40 | 57074 Siegen

Referat Presse, Kommunikation & Marketing

V.i.S.d.P.: Stefan Nitz

Text: Referat Diakonisches Profil Diakonie in Südwestfalen

Layout und Gestaltung: Kristina Hammer

Foto: © gopixa / Adobe Stock

Geschäftsführer:

Dr. Josef Rosenbauer

Amtsgericht Siegen: HRB 3432

7. Auflage: April 2025

www.diakonie-sw.de

Stempel