

Für den Fall, dass ich an einer Erkrankung leide, an der ich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer, nach Tagen Wochen Monaten gemessener Zeit sterben werde

und / oder

ich mich in einem permanenten vegetativen Status (z.B. apallisches Syndrom) befinde und diese Diagnose von einem darin besonders erfahrenen Neurologen bestätigt worden ist oder schon mehrere Monate im Zustand der Bewusstlosigkeit befinde und nach gemeinsamer und übereinstimmender Ansicht der mich behandelnden Ärzte, eines Neurologen, der mich pflegenden Personen und meiner Bevollmächtigten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine Aussicht mehr darauf besteht, dass ich – trotz Ausschöpfung aller medizinischen Möglichkeiten – mein Bewusstsein, binnen weiterer Monate wieder erlangen werde

und / oder

ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. infolge einer schweren Demenz) nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf normale/natürliche Weise zu mir zu nehmen, z.B. wenn ich mir ein Glas Flüssigkeit, den Löffel oder die Gabel nicht mehr selbst zum Munde führen kann,

und

wenn in den beiden letztgenannten Fällen, zudem nach gemeinsamer und übereinstimmender Ansicht der mich behandelnden Ärzte, des Neurologen, der mich pflegenden Personen und meiner Bevollmächtigten / Betreuer mir die Fortsetzung meiner Behandlung keinen Nutzen mehr bringen wird,

verfüge ich hiermit:

Ich will, dass man mich in Würde sterben lasse. Meine Vorstellungen von würdevollen Leben bzw. Sterben und was ich unter Lebensqualität verstehe, habe ich beigefügt und verlange von den mich Behandelnden diese zu berücksichtigen.

Ich will in diesen o.g. möglichen Stadien meines Lebens ausschließlich nach palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Regeln behandelt werden.

Ich will insbesondere, dass ich von quälenden Symptomen, wie z.B. Schmerzen, Übelkeit, Luftnot, Angst, etc. befreit werde bzw. diese so weit wie möglich gelindert werden. Alle therapeutischen Maßnahmen, die erforderlich sind, um diesen Zweck zu erreichen, sind vorzunehmen. Unbeabsichtigte Nebenwirkungen, insbesondere auch einen schnelleren Eintritt des Todes, nehme ich dabei in Kauf.

Ich untersage ausdrücklich alle therapeutischen Maßnahmen, die ausschließlich der Verlängerung meines Lebens auf Kosten meiner Definition von Lebensqualität dienen.

Ich bitte die mich behandelnden Ärzte und mich pflegenden Personen mir in meiner letzten Lebensphase dadurch beizustehen, dass sie um mich herum eine Atmosphäre schaffen, die mir mein Sterben nach meinen Vorstellungen von Würde ermöglicht und meinen Angehörigen ein würdevolles Begleiten erzeugt.

Ich bitte hiermit die mich behandelnden Ärzte und mich pflegenden Personen, meinen Bevollmächtigten und insbesondere jeden für mich mit einer Entscheidung befassten Richter oder von diesem ernannten Betreuer dringend, diese meine Verfügung strikt zu beachten, wenn ich selbst nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen frei zu äußern.

Ich habe diese Verfügung in uneingeschränkt geschäfts- und entscheidungsfähigen Zustand und nach sorgfältiger Überlegung und ärztlicher Beratung in Ausübung meines Selbstbestimmungsrechtes getroffen. Zum Zeitpunkt der Festlegung standen keine unmittelbar bevorstehenden Untersuchungen meines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe an. Soweit keine ausdrücklich anderslautenden Erklärungen von mir vorliegen, ist davon auszugehen, dass diese Verfügung nach meinem Willen uneingeschränkt fort gilt. Mir ist bewusst, dass die jeweilige Entscheidung mit der begründeten Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sein kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Diese Patientenverfügung hat die (der) mir persönlich bekannte o.g. Verfügende:

(lesbar: Name, Vorname der/des Verfügenden)

in meiner Gegenwart und erkennbar im vollen Besitz ihrer/ seiner geistigen Kräfte in geschäfts- und entscheidungsfähigen Zustand unterzeichnet.

(lesbar: Name, Vorname der Person, die die Bestätigung abgibt)

(Unterschrift der Person, die die Bestätigung abgibt)

Ort, Datum: _____

Eine Ausfertigung dieser Patientenverfügung wurde am _____

an Herrn / Frau _____ übergeben.

Vorsorgevollmacht

Hierdurch erteile ich,

Name, Vorname: _____
(lesbar Vollmachtgeber(in))

geboren am : _____ in _____

Adresse: _____

für

Name, Vorname: _____
(Bevollmächtigte(r))

geboren am/in: _____ in _____

Adresse: _____

und gleichberechtigt vertretungsberechtigt

Name, Vorname: _____
(Bevollmächtigte(r))

geboren am/in: _____ in _____

Adresse: _____

diese Vollmacht, sobald ich geschäfts- und entscheidungsunfähig sein sollte.

Diese Vertrauensperson/en wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Diese Vertrauensperson/en sollen mich gerichtlich und außergerichtlich in allen Angelegenheiten vollen Umfanges vertreten, in denen eine Vertretung rechtlich zulässig ist. Dies beinhaltet insbesondere folgende Bereiche:

1. Gesundheitsorge/Pflegebedürftigkeit	
Sie darf/dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist/sind befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie darf/dürfen insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie darf/dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nicht-ärztliches Personal gegenüber meiner/meinen bevollmächtigten Vertrauensperson(en) von der Schweigepflicht. Diese darf/dürfen ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Solange es erforderlich ist, darf/dürfen sie <ul style="list-style-type: none"> • über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB) • über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) • über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB) • über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB) entscheiden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/> <hr/>	

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten	
Sie darf/dürfen meinen Aufenthalt bestimmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie darf/dürfen Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie darf/dürfen einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie darf/dürfen einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertrags-gesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Be-treuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/> <hr/>	

3. Behörden	
Sie darf/dürfen mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozial-leistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/> <hr/>	

4. Post und Fernmeldeverkehr	
Sie darf/dürfen im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf/dürfen sie über den Fern-meldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf/dürfen alle hiermit zusammenhängenden Willens-erklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Vertretung vor Gericht	
Sie darf/dürfen mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshand-lungen aller Art vornehmen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Vermögenssorge

Sie darf/dürfen mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2)
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Folgende Geschäfte soll(en) sie **nicht** wahrnehmen können:

- _____
- _____

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

7. Untervollmacht

Sie darf/dürfen Untervollmachten erteilen.

ja nein

11. Patientenverfügung

Mein(e) Bevollmächtigte(r/n) ist/sind verpflichtet, die unter gleichem Datum von mir errichtete Patientenverfügung strikt zu befolgen und für ihre Durchsetzung in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den mich behandelnden Ärzten und mich pflegenden Personen Sorge zu tragen.

ja nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Verfügenden: _____

Diese Vollmacht hat die/der mir persönlich bekannte Vollmachtgeber(in) in meiner Gegenwart und erkennbar im vollen Besitz ihrer/seiner geistigen Kräfte und im geschäfts- und entscheidungsfähigen Zustand persönlich unterzeichnet.

Ort, Datum: _____

(Lesbar Name, Vorname der Person, die die Bestätigung abgibt)

(Unterschrift der Person, die die Bestätigung abgibt)