

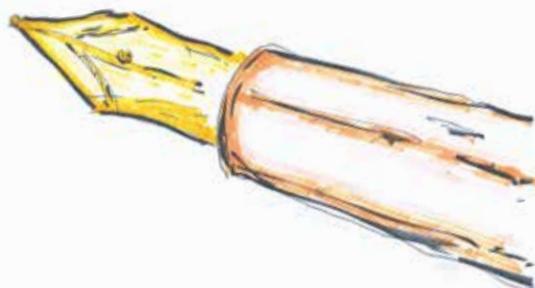


# VORSORGE

## für Unfall · Krankheit · Alter

durch

- ❖ **Vollmacht**
- ❖ **Betreuungs- und**
- ❖ **Patientenverfügung**



Formblätter mit Erläuterungen  
entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

Auszug aus: Informationen des Bayerischen Staatsministeriums  
der Justiz und für Verbraucherschutz.  
20. Auflage

## Was versteht man genau unter einer Patientenverfügung?

In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich Ihren Willen über die Art und Weise ärztlicher Behandlung abfassen. Dies geschieht für den Fall, dass Sie einmal selbst nicht mehr entscheiden können. Sollte dies eintreten, kann mit Hilfe der Patientenverfügung Ihr Wille in Bezug auf ärztliche Maßnahmen ermittelt werden. So können Sie, obwohl Sie dann aktuell nicht fähig sind zu entscheiden, auf ärztliche Maßnahmen Einfluss nehmen und Ihr Recht auf Selbstbestimmung wahren.

Der Bundesgesetzgeber hat die Patientenverfügung mit Wirkung vom 1. September 2009 gesetzlich geregelt. Dabei wurde vorgesehen, dass eine Patientenverfügung schriftlich abzufassen ist. Wird die Schriftform nicht gewahrt, sind mündlich geäußerte Behandlungswünsche bzw. der mutmaßliche Wille maßgeblich. Patientenverfügungen, die schon vor Inkrafttreten der neuen Regelung von einem einwilligungsfähigen Volljährigen (dazu unten) schriftlich verfasst wurden, bleiben auch nach der Gesetzesänderung gültig. Über die Schriftform hinausgehende Formerfordernisse bestehen nicht.

Wer volljährig und einwilligungsfähig ist, kann eine Patientenverfügung verfassen. Einwilligungsfähig ist, wer die Art, die Bedeutung, die Tragweite und die Risiken einer beabsichtigten medizinischen Maßnahme sowie deren Ablehnung verstehen und seinen Willen hiernach bestimmen kann. Geschäftsfähigkeit ist nicht Voraussetzung; deshalb können im Einzelfall auch Personen, die unter Betreuung stehen, oder Demenzkranke einwilligungsfähig sein. Im Zweifel empfiehlt sich ein fachärztliches Gutachten, das die Einwilligungsfähigkeit bescheinigt.

Das Gesetz trifft keine Aussage über Patientenverfügungen Minderjähriger. Nach der zum früheren Recht ergangenen Rechtsprechung gilt, dass es für einen ärztlichen Eingriff der Einwilligung der sorgeberechtigten Elternteile bedarf, wenn Minderjährige noch nicht selbst einwilligungsfähig sind; hierbei haben die Eltern mit wachsender Reife des Kindes dessen eigene Wünsche zu beachten. Die Einwilligungsfähigkeit (siehe vorne) Minderjähriger richtet sich nach dem individuellen Reifegrad und ist in Bezug auf den konkreten Eingriff zu beurteilen. Zur Frage, ob die von Minderjährigen voraus verfügte Ablehnung einer medizinischen Maßnahme durch die Zustimmung der sorgeberechtigten Eltern „überstimmt“ werden kann, liegt noch keine Rechtsprechung vor. In jedem Fall sind die Willensäußerungen aufgeklärter und einwilligungsfähiger Minderjähriger bei der Entscheidungsfindung zu beachten.

## Betreuungsverfügung

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, und zwar durch eine Betreuungsverfügung.

Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll). Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich. Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat.

Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.

Das folgende Formular ist in der Mitte dieser Broschüre nochmals als zusammenhängendes, rechtssicheres Verbundformular zum Heraustrennen und Ausfüllen eingehaftet. Reicht der Vordruck aus Platzgründen für die Niederschrift Ihrer Wünsche nicht aus, können Sie auch ein Beiblatt anfügen.

## Wofür sollte ich denn überhaupt Vorsorge treffen? Was kann denn schon passieren?

Wir alle können durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, dass wir wichtige Angelegenheiten unseres Lebens nicht mehr selbstverantwortlich regeln können.

Sie sollten sich für diesen Fall einmal gedanklich mit folgenden Fragen befassen:

- Was wird, wenn ich auf die Hilfe anderer angewiesen bin?
- Wer handelt und entscheidet für mich?
- Wird dann mein Wille auch beachtet werden?

oder noch konkreter gefragt:

- Wer verwaltet mein Vermögen?
- Wer erledigt meine Bankgeschäfte?
- Wer organisiert für mich nötige ambulante Hilfen?
- Wer sucht für mich einen Platz in einem Pflegeheim?
- Wer kündigt meine Wohnung oder meinen Telefonanschluss?
- Wie werde ich ärztlich versorgt?
- Wer entscheidet bei Operationen und medizinischen Maßnahmen?

und überhaupt:

- Wer kümmert sich um meine persönlichen Wünsche und Bedürfnisse?

Dies sind nur einige von vielen Gesichtspunkten, die Sie beschäftigen sollten.

## Aber ich habe doch Angehörige! Mein Ehemann, meine Ehefrau oder meine Kinder werden sich doch darum kümmern?

Natürlich werden Ihre Angehörigen Ihnen – hoffentlich – im Ernstfall beistehen. Wenn aber rechtsverbindliche Erklärungen oder Entscheidungen gefordert sind, dürfen Ehegatte oder Kinder Sie nicht gesetzlich vertreten. In unserem Recht haben nur Eltern gegenüber ihren minderjährigen Kindern ein umfassendes Sorgerecht und damit die Befugnis zur Entscheidung und Vertretung in allen Angelegenheiten. Für Volljährige können hingegen Angehörige nur in zwei Fällen entscheiden oder Erklärungen abgeben:

Entweder aufgrund einer rechtsgeschäftlichen Vollmacht oder wenn sie gerichtlich bestellter Betreuer sind.

## Was spricht denn für eine Vollmacht zur Vorsorge?

Die Vollmacht zur Vorsorge ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Sie benennen eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens, die bereit sind, für Sie im Bedarfsfall zu handeln. Hierbei können Sie sich von Ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen leiten lassen sowie zusätzlich Anweisungen geben, wie Ihre Angelegenheiten geregelt werden sollen. Es ist sehr zweckmäßig, nach Möglichkeit die gewünschten Bevollmächtigten bereits bei der Abfassung der Vollmacht mit einzubeziehen.

## VOLLMACHT

**Ich**, ..... (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

..... Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

### erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

..... Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Durch diese Vollmachtseteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde.

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

### Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja  Nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).\* Ja  Nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.\* Ja  Nein

\* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ja  Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.\* Ja  Nein
- ..... Ja  Nein

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja  Nein
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. Ja  Nein
- Sie darf meinen Haushalt auflösen. Ja  Nein
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. Ja  Nein
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja  Nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja  Nein
- ..... Ja  Nein

## Vermögenssorge

- Sie darf 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 Ja  Nein
  - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Ja  Nein
  - Verbindlichkeiten eingehen\*\* Ja  Nein

\* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB und § 1906a Abs. 2, 4 und 5 BGB).

\*\* Zur Aufnahme von Darlehen ist der Bevollmächtigte nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde.

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Ja  Nein
  - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. Ja  Nein
  - Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können Ja  Nein
- .....
- .....

## Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Ja  Nein

## Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. Ja  Nein

## Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Ja  Nein

## Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. Ja  Nein

## Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. Ja  Nein

## Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt. Ja  Nein

## Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. Ja  Nein

## Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. Ja  Nein

## Weitere Regelungen

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

Ort, Datum

*Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers*

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

Ort, Datum

*Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers*

## Beglaubigung

### Ergänzende Erklärung zur Vollmacht

# BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, .....  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

.....  
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als **Person, die mich betreuen soll**, schlage ich vor:

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

Auf **keinen Fall zum Betreuer bestellt** werden soll:

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Zur **Wahrnehmung meiner Angelegenheiten** durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist. Ja  Nein

2. .....

3. .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# PATIENTENVERFÜGUNG

## Für den Fall, dass ich

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich Folgendes:**

(Zutreffendes habe  
ich hier angekreuzt  
bzw. eingefügt)

### 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- .....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

### 2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:**

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebungsmaßnahmen.

**4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine künstliche Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.**

- Ich wünsche eine Begleitung  
durch .....  
.....  
.....

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. Ja  Nein
- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja  Nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja  Nein

Sofern dieser Patientenverfügung **Persönliche Ergänzungen** mit u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende (**Patientenverfügung und Organspende** oder „Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

Ort, Datum

*Unterschrift*

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	<i>Unterschrift</i>

#### Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name .....

Adresse .....

Telefon ..... Telefon/Fax/E-Mail .....

#### Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von\*

Name ..... Adresse .....

Ort, Datum ..... Telefon/Telefax/E-Mail ..... Unterschrift der/des Beratenden .....

\* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zusätzlich eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail: .....

(bitte wenden)

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

Folgende Person/en soll/en **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail: .....

.....

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Meine persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung

(Aktuelle Lebens- und Krankheitssituation, zusätzliche Krankheitszustände mit den jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen, grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben)

Name, Vorname .....

Adresse .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

# Patientenverfügung und Organspende

Ich, .....

(Name, Vorname, Adresse)

habe eine Patientenverfügung erstellt. Ich habe einen Organspendeausweis, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage 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. Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind. Das soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Lebensphase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

....., den .....  
(Ort) (Datum)

.....  
(Unterschrift)

Diese Karte können Sie ausschneiden, ausfüllen und immer mit Ihren Ausweispapieren mitführen:

Tritt dieser Fall ein, bitte ich, umgehend mit der von mir bevollmächtigten Person (=①)\* oder mit der Ärztin oder dem Arzt meines Vertrauens (=②)\* Kontakt aufzunehmen. \* Bitte Nichtzutreffendes streichen

① Name ..... Tel. ....

Adresse .....

② Name ..... Tel. ....

Adresse .....

Tritt dieser Fall ein, bitte ich, umgehend mit der von mir bevollmächtigten Person (=①)\* oder mit der Ärztin oder dem Arzt meines Vertrauens (=②)\* Kontakt aufzunehmen. \* Bitte Nichtzutreffendes streichen

① Name ..... Tel. ....

Adresse .....

② Name ..... Tel. ....

Adresse .....

Wir empfehlen Ihnen die vollständige Broschüre für Unfall, Krankheit und Alter des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, **20. Auflage 2022 C.H.BECK. ISBN 978-3-406-78218-3, Preis: 6,90 Euro.**

Der Inhalt der Broschüre kann für private Zwecke im Internet abgerufen werden unter [www.bestellen.bayern.de](http://www.bestellen.bayern.de)

Sie können Ihre Patientenverfügung, Ihre Vollmacht oder eine Betreuungsverfügung beim Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer, 10001 Berlin, Postfach 080151 registrieren lassen ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)).

Die Erstellung einer individuellen Patientenverfügung samt Vorsorgevollmacht ist wichtig und sinnvoll. Bei der Klärung von Fragen in diesem Zusammenhang sind wir Ihnen gerne behilflich.

Termine zur Beratung zur Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung nach vorheriger Terminvereinbarung unter 08671-884616

Ein Unkostenbeitrag wird nicht erhoben. Wir bitten um eine Spende. Herzlichen Dank!

Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen schwerstkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörige mit ihren Bedürfnissen und Rechten. Sterben wird als ein Teil des Lebens gesehen, der weder verkürzt noch unnötig künstlich verlängert werden darf. Die lebensbejahende Grundhaltung des Hospizgedankens schließt eine aktive Sterbehilfe aus. Ziel ist vielmehr die Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung der Lebensqualität Sterbender bis zuletzt. Dazu bedarf es der Behandlung des Schmerzes, körperlicher Beschwerden, der lindernden medizinischen und pflegerischen Betreuung und der psychosozialen Begleitung in einem multidisziplinären Team. Fachliche Unterstützung geschieht durch Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter und andere Therapeuten. Wichtiger Bestandteil der Hospizbewegung ist der Dienst Ehrenamtlicher.

Der Hospizverein im Landkreis Altötting e.V. tritt ein:

- für ein erfülltes Leben bis zuletzt, nach Möglichkeit zu Hause oder in vertrauter Umgebung
- für eine lindernde Pflege und wirksame Schmerzbehandlung zu Hause oder in stationären Einrichtungen
- für den respektvollen Umgang mit den Ängsten, Bedürfnissen und Rechten Sterbender
- für eine Kultur, die Sterben, Tod und Trauer als Teil des Lebens bejaht

**Diese Karte können Sie ausschneiden, ausfüllen und immer mit Ihren Ausweispapieren mitführen:**

Für den Fall, dass ich

geb. ....

Adresse .....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich vorsorglich eine Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung\* erstellt.

\* Bitte Nichtzutreffendes streichen



Für den Fall, dass ich

geb. ....

Adresse .....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich vorsorglich eine Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung\* erstellt.

\* Bitte Nichtzutreffendes streichen

