

## Patientenverfügung

Sollte ich

**(Vollmachtgeber)** Vor- und Zuname: .....

geboren am: ..... in: .....

wohnhaft in: .....

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich hiermit

**(Bevollmächtigter)** Vor- und Zuname: .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter darf in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich. Diese Vollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Sofern ich außerstande bin, meinen Willen zu äußern, und der benannte Bevollmächtigte verhindert ist, verfüge ich, nachdem ich mich über die medizinische Situation und die rechtliche Beurteilung eines Aufklärungsverzichts eingehend informiert habe: Die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere von Operationen, künstlicher Beatmung und Ernährung einschließlich der Magensonde und Aufrechterhaltung der Gehirntätigkeit, soll unterbleiben, wenn **zwei Ärzte** unabhängig voneinander festgestellt haben, *(bitte Gewünschtes ankreuzen und Ungewünschtes streichen)*

- dass ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder das Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde, oder
- dass ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins in einem Koma (insbesondere Wachkoma oder Hirntod) liege oder
- dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dauerschädigung des Gehirns eintritt oder
- dass es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

**Ich versichere zusätzlich, dass ich in Bezug auf sämtliche Krankheiten bzw. Krankheitsbilder durch entsprechende Fachärzte aufgeklärt wurde. Dies gilt auch für den Zustand eines Wachkomas bzw. Hirntods. Ich würde mich zu keiner Zeit anders entscheiden als zum heutigen Zeitpunkt, dies gilt auch bei Eintritt eines heute noch unbekanntes Krankheitsverlaufs.**

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Ängsten gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung.

**Im Falle einer Palliativversorgung/-behandlung bitte ich ausdrücklich darum, eine Schmerzlinderung durch den Einsatz von Hydromorphon durchzuführen.**

**Eine künstliche Ernährung (Magensonde) lehne ich nicht nur während der Sterbephase, sondern auch in Situationen wie Demenz, Alzheimer, Bewusstlosigkeit oder Wachkoma ausdrücklich ab.**

Ich wünsche mir seelsorgerische Begleitung durch

Name/Adresse: .....

Bitte verständigen Sie

Name/Adresse: .....

um mir persönlichen Beistand zu leisten.

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar. In einer konkreten Situation, in der über einen Abbruch der an mir vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, bitte ich meine behandelnden Ärzte, diese Patientenverfügung als **verbindlich** anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die hier zum Ausdruck gebrachte kommt für mich nicht in Frage.

**Wichtig: Sollte aufgrund wechselnder Gesetze diese Entscheidung von einem Gericht getroffen werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten, die Zustimmung des Gerichtes auch mit Hilfe eines Rechtsanwaltes zu erlangen.**

Ich/Wir bestätige(n), dass Frau/Herr ..... diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig war.

Name/Anschrift: .....

Ort, Datum: ..... Unterschrift der Zeugen: .....

.....  
Ort und Datum/Unterschrift des Vollmachtgebers/Unterschrift des Bevollmächtigten (mindestens alle 2 Jahre erneuern!)

## Betreuungsverfügung

*Dient auch zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht*

Ich

**(Vollmachtgeber)** Vor- und Zuname: .....

geboren am: ..... in: .....

wohnhaft in: .....

schlage **für den Fall, dass für mich ein gesetzlicher Betreuer bestellt werden muss**, gemäß § 1897 Abs. 2 BGB hierfür die folgende Person als Betreuer für alle erforderlichen Angelegenheiten vor:

Frau/Herr ..... geb. am .....

wohnhaft: .....

**Falls die vor bezeichnete Person nicht übernehmen will oder kann, schlage ich als Ersatzperson die folgende Person vor:**

Frau/Herr ..... geb. am .....

wohnhaft: .....

**Auf keinen Fall wünsche ich, dass die folgende Person zum Betreuer bestellt wird:**

Frau/Herr ..... geb. am .....

wohnhaft: .....

**Die in meiner Patientenverfügung vom ..... geäußerten Wünsche sind von meinem Betreuer zu befolgen.** Insbesondere obliegt es meinem Betreuer auch, die in meiner Patientenverfügung von mir niedergelegten Wünsche gegenüber Ärzten und Pflegepersonal, aber ggf. auch gegenüber dem Vormundschaftsgericht durchzusetzen. Diese Verfügung habe ich (Vollmachtgeber) freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ich/Wir bestätige/n, dass Frau/Herr ..... diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig war.

Name, Anschrift .....

Ort, Datum: ..... Unterschrift der Zeugen: .....

.....  
Ort und Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers/Unterschrift des Bevollmächtigten

.....  
Ort und Datum Unterschrift des Vollmachtgebers (für spätere Bestätigung)