

Patientenverfügung

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte:

Wenn bei schwerstem körperlichen Leiden und oder Dauerbewusstlosigkeit oder Dauerbewusstseinsbeschränkung und oder fortschreitendem geistigen Verfall keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens und oder eine starke Beeinträchtigung meiner Lebensqualität in meiner Betrachtungsweise besteht,

- sollen mir keine lebenserhaltenden und oder lebensverlängernden Maßnahmen (z.B. kardiale und oder pulmonale Wiederbelebung, Beatmung (auch keine unterstützenden Formen), Dialyse oder Hämofiltrationen, diverse Blutderivatgaben, Medikamente) vorgenommen bzw. bereits begonnene abgebrochen werden,
- wünsche ich keine Ernährung durch diverse Ernährungssonden oder auf parenteralem Wege. (Ernährung im Sinne von zuführen kalorischer, proteinhaltiger und lipidhaltiger Substanzen. Lediglich Flüssigkeiten in Form von Wasser, Tee etc. darf mir zugeführt werden)
- wünsche ich keine Antibiotikagabe bei fieberhaften (Begleit)Infektionen,
- wünsche ich weitestgehende Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere von Schmerzen. Eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung (wie z.B. bei hochdosierter Gabe von Opiaten möglich ist) nehme ich in Kauf,
- wünsche ich mir persönlichen Beistand,
- wünsche ich, dass mein Arzt des Vertrauens _____ verständigt wird,
- bin ich nicht mit einer Obduktion einverstanden,
- bin ich nicht mit einer Organentnahme für Transplantationszwecke einverstanden.

Datum, Unterschrift des Verfassers: _____

Ich/Wir bestätige(n) mit meiner/unserer Unterschrift, dass
Herr/Frau _____
die Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte verfasst hat.

Unterschriften der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzliche Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes

Betreuungsverfügung

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Für den Fall, dass für mich eine Betreuung eingerichtet werden muss, möchte ich, dass

Name: _____ Geburtsdatum: _____
wohnhaft: _____ Telefon: _____

ersatzweise

Name: _____ Geburtsdatum: _____
wohnhaft: _____ Telefon: _____

diese Aufgabe übernimmt.

Ich möchte, dass mein in der anliegenden Patientenverfügung geäußerter Wille, konsequent beachtet wird!

Ich möchte im Pflegefall solange zu Hause versorgt werden, wie es meinen Angehörigen möglich ist, mich zu versorgen.

Ich möchte gerne weiterhin regelmäßigen Kontakt zu meinen Enkelkindern haben.

Datum, Unterschrift des Verfassers: _____

Ich/Wir bestätige(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift, dass
Herr/Frau _____
die Verfügung im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte verfasst hat.

**Unterschriften der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzliche Angabe des Namens, des
Geburtsdatums und des Wohnortes**

Vorsorgevollmacht

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich, auch über meinen Tod hinaus gemäß § 1896 Abs. 2, 164 ff. BGB

Name: _____ Geburtsdatum: _____
wohnhaft: _____ Telefon: _____

ersatzweise

Name: _____ Geburtsdatum: _____
wohnhaft: _____ Telefon: _____

Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen und oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.

I. Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet meinem Willen entsprechend zu handeln, wie es in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Die Vollmacht umfasst insbesondere folgende Inhalte:

a) Im gesundheitlichem Bereich

- (1) die Abgabe von Erklärungen im Behandlungsgeschehen, z.B. die Einwilligung in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder operative Eingriffe, gleichgültig ob es sich um lebensgefährdende oder mit schwerwiegenden Nebenwirkungen bzw. Folgen behaftete Maßnahmen handelt oder nicht;
- (2) die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung mit Freiheitsentzug oder ähnlichem, bzw. über das Verlassen dieser Einrichtungen;
- (3) die Einwilligung in freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, wenn sie nicht nur die Beherrschung einer akuten Situation dienen, sondern über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durchgeführt werden sollen;
- (4) die Einwilligung zur Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen oder in einem Behandlungsverzicht. Die Einwilligung darf von meinem(n) Bevollmächtigten nur erteilt werden, wenn bei schwerstem körperlichen Leiden und oder Dauerbewusstlosigkeit oder Dauerbewusstseinsbeschränkung und oder fortschreitendem geistigen Verfall nach einstimmiger Beurteilung meiner behandelnden Ärzte keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens und oder eine starke Beeinträchtigung meiner Lebensqualität besteht;
- (5) mit einer Organentnahme für Transplantationszwecke bin ich nicht einverstanden;
- (6) mit einer Obduktion bin ich nicht einverstanden;

(7) _____

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meinem Bevollmächtigten über meine Erkrankung und meinem Zustand vollständig aufzuklären, um ihm seine Entscheidung im gesundheitlichen Bereich zu ermöglichen.
Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

b) Im vermögensrechtlichen Bereich umfasst die Vollmacht insbesondere (ergänzend zu a))

- (1) von den auf meinem Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abzuheben oder Überweisungen vorzunehmen, um einen Krankenhausaufenthalt oder den Aufenthalt in einem Pflegeheim sowie den laufenden Mietzins für meine Wohnung und sonstige laufende Unkosten zu bezahlen.
- (2) Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen abzuschließen;
- (3) im Falle einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern;
- (4) Anträge auf Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung, auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie auf Sozialhilfe zu stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtsweg zu verfolgen.

II. Widerruf der Vollmacht

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

III. Zum Fall einer Betreuung (nicht die Person des/der Bevollmächtigten einsetzen!)

Sollte trotz dieser Vollmacht ausnahmsweise die Bestellung eines Betreuers notwendig werden, weil z.B. der/die Bevollmächtigte ihrer/seine Aufgabe (insbesondere wegen Krankheit) nicht wahrnehmen kann, so schlage ich dafür vor:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers: _____

Ich/Wir bestätige(n) mit meiner/unserer Unterschrift, dass
Herr/Frau _____
die Verfügung im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte verfasst hat.

Unterschriften der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzliche Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes

