



**Patientenverfügung &  
Vorsorgevollmacht**



**Palliativstützpunkt**

Würde & Sicherheit

## Stützpunkte zur Palliativversorgung

### **Palliativstützpunkt Ammerland & Uplengen**

 Zum Orchideenkamp 1, 26655 Westerstede

 0 44 88 / 520 88 88

 [info@palliativ-stuetzpunkt.de](mailto:info@palliativ-stuetzpunkt.de)

### **Palliativstützpunkt LK Oldenburg & Delmenhorst**

 Weststraße 3, 27777 Ganderkesee

 0 42 22 / 941 45 80

 [LKOL@palliativ-stuetzpunkt.de](mailto:LKOL@palliativ-stuetzpunkt.de)

### **Ambulantes Ethikkomitee Ammerland & Uplengen**

 Kontakt über Palliativstützpunkt Ammerland & Uplengen

### **Alle Informationen & Kontakt**

 [www.palliativ-stuetzpunkt.de](http://www.palliativ-stuetzpunkt.de)

## Vorwort

Die Medizin hat in den letzten Jahren Fortschritte gemacht, die zuvor undenkbar erschienen. Mit diesen Erfolgen ist aber auch bei vielen Menschen die Angst vor „unwürdigem“ Sterben mit Leid, Einsamkeit, Schmerzen und Verlust der Selbstbestimmung verbunden.

Die eigene Würde und Selbstbestimmung auch für Situationen zu wahren, in denen man sich selbst nicht mehr äußern kann, ist der Wunsch der meisten Menschen. Dazu gehört es, sich frühzeitig mit Lebenskrisen wie schwerer Krankheit, Sterben und Tod ausführlich auseinanderzusetzen.

Obwohl die meisten Menschen friedlich und gefasst die letzten Jahre ihres Lebens verbringen, ist dies für sie und ihre Angehörigen oft eine anstrengende Zeit. Ganz besonders dann, wenn zu körperlichen Krankheiten und Beschwerden seelische und geistige Probleme hinzukommen.

Aber auch unabhängig vom Alter kann jeder Mensch durch Unfall oder Krankheit plötzlich in eine Situation geraten, in der er seinen eigenen Willen nicht mehr äußern kann und seine Geschäftsfähigkeit verliert.

## Über die Patientenverfügung

Die Patientenverfügung dient dazu, in genau einer solchen Situation für sich die Wünsche einer individuellen medizinischen Behandlung festzulegen. Zudem wird es Angehörigen, Ärzten und Pflegenden, Betreuern und Gerichten erleichtert, Entscheidungen zu treffen, wenn diese Ihre Wünsche kennen. Und Sie selbst erhalten sich in einer krisenhaften Situation so Ihre Selbstbestimmung.

Wissen Ihre Angehörigen wirklich, was Sie sich wünschen oder besteht Uneinigkeit? Eine sorgfältig und detailliert ausgefüllte Patientenverfügung sorgt für Klarheit. Sprechen Sie daher schon vor der Erstellung Ihrer Patientenverfügung ausführlich mit Ihrem Vorsorgebevollmächtigten, Ihrem Hausarzt und Ihren Angehörigen oder denjenigen Menschen, die Ihnen nahestehen. Auf diese Weise können Sie Ihre Angehörigen davon überzeugen, dass der Inhalt der Verfügung auch tatsächlich Ihrem freien Willen entspricht. Mögliche Missverständnisse können ausgeräumt und unterschiedliche Interpretationen der gewählten Worte gemeinsam besprochen werden.

Eine von Ihnen abgefasste Patientenverfügung hat nur dann Gültigkeit, wenn Sie geschäftsfähig sind. Wenn Unsicherheiten zur Frage der Geschäftsfähigkeit bestehen, bringt die Erstellung beim Notar Sicherheit. Die Patientenverfügung gilt, solange sie besteht, ohne dass sie erneuert werden muss. Sie können aber jederzeit die dort getroffenen Aussagen

zurücknehmen, ändern oder unverändert neu unterschreiben. Es ist vorteilhaft, wenn Ihre Angehörigen oder Ihr Hausarzt das Dokument als Zeugen mit unterschreiben.

Zu den wichtigsten Dingen am Lebensende gehören Fragen zum Umfang der medizinischen und pflegerischen Behandlung, die Sie in dieser Situation wünschen.

In dieser Patientenverfügung wird im ersten Kapitel geregelt, in welchen Situationen und bei welchen Krankheiten und Krankheitsstadien die Verfügung gelten soll. Nur in diesen Situationen gelten Ihre Wünsche, die nachfolgend zum Ankreuzen angeführt sind. Da natürlich nicht alle Situationen vorhersehbar sind, können Sie zusätzlich weitere Wünsche in freier Wortwahl formulieren und bestehende Vorschläge ändern oder präzisieren.



Überlegen Sie bei jedem Punkt, ob Sie in einer der zuvor aufgeführten Situationen diese Form der Behandlung dann noch wollen, oder ob Sie in der Situation darauf verzichten, auch wenn Sie damit eine Lebensverkürzung akzeptieren.

Unabhängig von den genannten formalen Verfügungen halten wir es für wichtig, dass Sie sich zu den folgenden Ausführungen Gedanken machen und Ihre Wünsche gegebenenfalls schriftlich festlegen. Oftmals geht es dabei nur um kleine Dinge. Diese

machen Ihr Leben jedoch lebenswerter und sollten berücksichtigt werden, wenn Sie sich als Betroffener später dazu nicht mehr äußern können:

Welche Zahncreme mag ich am liebsten? Vertrage ich eine bestimmte Hautcreme oder ein Deo nicht? Was ist mein Lieblingsparfüm? Bin ich gegen bestimmte Blumen oder anderes allergisch? Welche Musik mag ich am liebsten und höre ich sie lieber laut oder leise? Interessieren mich die Nachrichten? Möchte ich eine Stunde oder den ganzen Tag Unterhaltung? Fernsehen oder Radio? Gibt es Hautstellen, die leicht trocken werden und dann jucken? Verträgt meine Haut bestimmte Textilien nicht? Mag ich lieber glatte Bettwäsche, Biber oder Frottee? Brauche ich ein Hörgerät, auch wenn nur eine einzelne Person mit mir sprechen will?

Selbst wenn Sie Ihren Lebensgefährten oder eines Ihrer Kinder als Vorsorgebevollmächtigten einsetzen, kennen diese Ihre Angewohnheiten oft nicht so genau, wie sie es selber vermuten und können diese Fragen dann nur schwer oder gar nicht beantworten. Denn leider werden diese vermeintlich kleinen Dinge häufig übersehen und nicht niedergeschrieben, obwohl sie mit der Zeit immer wichtiger werden. Wir empfehlen Ihnen daher, Ihre Patientenverfügung unbedingt um derart praktische Alltagspunkte zu ergänzen.

## Über die Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht dient dazu, eine vertraute Person zu bestimmen, welche die praktische Durchführung Ihrer Patientenverfügung und Wünsche überwacht und umsetzt. Sie statten diese Person für den Fall Ihrer eigenen Unmündigkeit mit dem Recht aus, in Ihrem Namen die dort festgelegten Bereiche rechtsgültig zu regeln. Besteht keine Vorsorgevollmacht, wird vom Gericht eine geeignete Person mit dieser Aufgabe betraut (gerichtlich bestellter Betreuer). Sie können dem Gericht empfehlen, wen es zu Ihrem Betreuer bestellen soll, falls trotz einer Vorsorgevollmacht zusätzlich ein gerichtlich bestellter Betreuer benötigt wird.



Überlegen Sie gut, wen Sie mit diesen weitgehenden Rechten bevollmächtigen, auch um spätere Missstimmungen oder gar Streitigkeiten unter den Angehörigen zu vermeiden. Das betrifft besonders die Berechtigungen, Ihre Wohnsituation zu regeln und Ihr Vermögen zu verwalten.

Beachten Sie auch, dass eine Vorsorgevollmacht vom Bevollmächtigten im Original vorgelegt werden muss. Eine notarielle Beratung ist auf jeden Fall dann sinnvoll, wenn Sie bei diesen Fragen unsicher sind oder Sie befürchten, dass später Unstimmigkeiten auftreten könnten. Banken möchten eigene Vollmachten ausgefüllt haben. Überlegen Sie außerdem, ob Sie ein Testament erstellen.



## **Wichtige Tipps vor dem Ausfüllen**

### **– so machen Sie es richtig**

- 1. Bitte versehen Sie die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht mit Ihrem Vor- und Zunamen, Ihrer Anschrift und Ihrem Geburtsdatum. Nach sorgfältigem Ausfüllen der Formulare sind am Ende Ort, Datum und Ihre Unterschrift zur Rechtsgültigkeit erforderlich.**

---
- 2. Legen Sie das Formular der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zu Ihren persönlichen Unterlagen oder in einen Ordner mit anderen Patienteninformationen und teilen Sie Ihren Angehörigen oder anderen Ihnen nahe stehenden Personen mit, wo diese Unterlagen in einem Notfall zu finden sind.**

---
- 3. Legen Sie einen Hinweis auf die Existenz Ihrer Patientenverfügung zu Ihrem Ausweis.**

---
- 4. Haben Sie eine Vertrauensperson benannt, kopieren Sie Ihre ausgefüllte Patientenverfügung und geben Sie der Vertrauensperson ein Exemplar zur Aufbewahrung.**

---

# Patientenverfügung

Name, ggf. Geburts-  
name / Vorname

---

Geburtsdatum  
& Geburtsort

---

Adresse (Straße,  
Nummer, PLZ, Ort)

---

## Geltungsbereich der Patientenverfügung

**Diese Verfügung findet Anwendung, wenn ich zur Willensbildung oder verständlichen Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin.**

Nach gründlicher Überlegung und in vollem Bewusstsein über die Konsequenzen meiner Entscheidungen fordere ich die Umsetzung dieser Patientenverfügung in folgenden Geltungsbereichen:

- Bei schwerster dauerhafter Gehirnschädigung (z.B. durch Unfälle, entzündliche Prozesse, Hirnblutungen, Schlaganfall, Wiederbelebung, Lungenversagen), die nach Einschätzung zweier unabhängig zueinander stehender und erfahrener Ärzte aller Voraussicht nach unwiderruflich einhergehen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen zu kommunizieren. Umfasst sind insbesondere auch Zustände der Dauerbewusstlosigkeit, selbst wenn nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen ist, dass ich aus diesem Zustand wieder

erwache. Diese Möglichkeit nehme ich bewusst in Kauf.

- Im weit fortgeschrittenen Stadium einer tödlich verlaufenden unheilbaren Krankheit.
- Im Falle von fortgeschrittener geistiger Verwirrtheit und / oder Bewusstseins- oder Persönlichkeitsverlust (auch alle Formen der Demenzerkrankungen).
- Im direkten, mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess.

In diesen vorher beschriebenen Geltungsbereichen möchte ich:

Verlegung ins Krankenhaus  Ja  Nein

Dauerhafte künstliche Beatmung  Ja  Nein

Wiederbelebungsmaßnahmen  Ja  Nein

Dauerhafte Blutwäsche (Dialyse)  Ja  Nein

Chemotherapie  Ja  Nein

Dauerhafte künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe durch eine Magensonde oder eine Sonde durch die Bauchdecke (PEG)  Ja  Nein

Dauerhafte Ernährung und Flüssigkeitsgabe durch Infusion  Ja  Nein

Dauerhafte herz- und kreislaufunterstützende Therapie  Ja  Nein

Untersuchungen (Diagnostik), die ohne Einfluss auf die Therapie sind  Ja  Nein

Ich erwarte eine fachgerechte palliative Versorgung, die das Lindern von Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen einschließt und eine an meinem Wohlbefinden orientierte Körperpflege / Pflege von Mund und Schleimhäuten zur Vermeidung eines Durstgefühls.

Ich fordere ausdrücklich ein:

- Unbedingte Schmerzfreiheit, auch wenn ich dadurch nicht bei Bewusstsein bleibe, **oder**
- Schmerzbehandlung, aber nur soweit, dass ich bei Bewusstsein bleibe.
- Behandlung zusätzlich auftretender Komplikationen ausschließlich zur Linderung meiner Beschwerden, nicht zur Lebensverlängerung.
- Wenn kein Konsens zwischen medizinischen und gesetzlichen Betreuern über meine Behandlung besteht, bitte ich um Einberufung eines Ethikkomitees.

Medizinische Maßnahmen, die in Unkenntnis meiner Patientenverfügung bereits eingeleitet wurden, sollen zurückgenommen werden.

Weitere persönliche Wünsche (z.B. Begleitung durch Hospizdienst, Kirchengemeinde, Religionsgemeinschaft, bestimmter Sterbeort o.a.).

---

---

---

---

---

---

Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Mir ist jedoch bekannt, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort / Datum

---

Unterschrift  
(Patient/in)

---

Ort / Datum

---

Unterschrift  
(Zeuge – nicht zwingend erforderlich)

---

# Vorsorgevollmacht

Ich (Name, Vorname, Geburtsname & -ort, Anschrift)

Vollmachtgeber/in  
Name, Vorname

---

Geburtsname  
& Geburtsort

---

Adresse (Straße,  
Nummer, PLZ, Ort)

---

Telefon

---

erteile hiermit diese Vollmacht für den Fall, dass ich nicht mehr für mich selbst sprechen kann, mit der Berechtigung, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen und mit der Maßgabe, dass diese Vollmacht über den Tod hinaus bis zu einem Widerruf durch meine Erben gelten soll, an (Name, Vorname, Geburtsname & -ort, Anschrift, Telefon)

Bevollmächtigte Person  
Name, Vorname

---

Geburtsname  
& Geburtsort

---

Adresse (Straße,  
Nummer, PLZ, Ort)

---

Telefon

---

oder als ersatzbevollmächtigte Person

(Name, Vorname, Geburtsname & -ort, Anschrift, Telefon)

Ersatzbevollmächtigte Person

Name, Vorname

---

Geburtsname

& Geburtsort

---

Adresse (Straße,

Nummer, PLZ, Ort)

---

Telefon

---

Oben genannte Personen bevollmächtige ich hiermit, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe, wenn ich nach Errichtung dieser Urkunde geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Diese Vollmacht soll nur beachtet werden, wenn die jeweils bevollmächtigte Person bei Vornahme des Rechtsgeschäfts diese Urkunde im Original vorlegen kann.

### **Gesundheitsorge / Pflegebedürftigkeit**

Sie (die jeweils bevollmächtigte Person) darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.

Ja     Nein

Sie darf insbesondere in sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

Ja  Nein

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.

Ja  Nein

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist – vorbehaltlich der Entscheidung des Betreuungsgerichts.

Ja  Nein

### **Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt

auflösen und einen neuen Wohnraummietvertrag oder einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

Ja  Nein

### **Post und Fernmeldeverkehr**

Sie darf die für mich bestimmte Post, auch Einschreiben mit dem Vermerk „eigenhändig“, entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja  Nein

### **Vertretung vor Behörden und Gerichten**

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

Ja  Nein

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

Ja  Nein

### **Vermögenssorge**

Die bevollmächtigte Person besitzt eine Bankvollmacht.

Ja  Nein

**Achtung:** Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für die Bereiche Immobiliengeschäfte, Immobilienbelastungen, Handelsgewerbe und Darlehensaufnahme ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich!

### Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die auf Seite 12/13 genannte, bevollmächtigte Person als Betreuer/in zu bestellen.

Ja     Nein

Ort / Datum

---

Unterschrift  
(Vollmachtgeber/in)

---

Ort / Datum

---

Unterschrift  
(Bevollmächtigte Person)

---

Ort / Datum

---

Unterschrift  
(Ersatzbevollmächtigte Person  
– nicht zwingend erforderlich)

---



## Defibrillator & Herzschrittmacher

### Umgang mit ICD-Gerät (Defibrillator) oder Herzschrittmacher

- Ich bin Träger/in eines ICD-Gerätes. Falls es sich aufgrund meiner zusätzlichen Erkrankung oder meiner Herzerkrankung abzeichnet, dass mein Leben zu Ende geht, will ich, dass
  - die Ärzte die Defibrillatorfunktion meines Gerätes nicht abschalten.
  - die Ärzte die Defibrillatorfunktion meines Gerätes abschalten. Eine allfällige Verkürzung meines Lebens nehme ich damit in Kauf.

- Ich bin Träger/in eines Herzschrittmachers. Falls es sich aufgrund meiner zusätzlichen Erkrankung oder meiner Herzerkrankung abzeichnet, dass mein Leben zu Ende geht, will ich, dass
  - der behandelnde Kardiologe den Herzschrittmacher nicht abschaltet.
  - der behandelnde Kardiologe den Herzschrittmacher abschaltet. Mir ist bewusst, dass sich dadurch meine Lebensqualität verschlechtern kann. Falls ich vital von einem Herzschrittmacher abhängig bin, hat dieses Abschalten unmittelbar den Tod zur Folge.

Falls sich abzeichnet, dass die Batterie meines ICD-Gerätes oder Herzschrittmachers bald leer sein wird, will ich, dass...

- ... die Batterie ausgewechselt wird (falls dies medizinisch indiziert ist).
- ... die Batterie nicht ausgewechselt wird. Ich nehme damit in Kauf, dass dadurch mein Leben verkürzt wird, insbesondere wenn mein Herz von einem Herzschrittmacher abhängig ist.



## Organspende

Ich stimme einer Organentnahme zu  Ja  Nein

Ich besitze zudem einen Organ-  
spende-Ausweis  Ja  Nein

Mir ist klar, dass Organe für Transplantationen erst bei einem nachgewiesenen Hirntod entnommen werden dürfen. Um das Absterben der Organe zu verhindern und ihre Transplantationsfähigkeit zu erhalten, müssen die Lebensfunktionen meines Körpers bis zur Feststellung des Hirntods künstlich aufrechterhalten werden.

Falls eine Organentnahme in Betracht kommt, gestatte ich die kurzfristige Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen nur zur Erhaltung der Lebensfunktionen der zu entnehmenden Organe, da meine Bereitschaft zur Organspende Vorrang hat vor den diesbezüglichen Regelungen der Patientenverfügung.

# Digitaler Nachlass

Es ist ratsam, Ihr digitales Erbe zu regeln und festzulegen, was mit einzelnen Konten und Daten nach dem Tod passieren soll. Durch die tägliche Nutzung zahlreicher sozialer Netzwerke, die Kommunikation via E-Mail und Nachrichtendienste sowie den Austausch von Fotos in Cloud-Diensten, bleiben oft viele persönliche Daten und Bilder zurück. Es ist sinnvoll, eine Übersicht aller Accounts mit Benutzernamen und Kennwörtern anzufertigen und diese an eine Person ihres Vertrauens weiterzureichen.

Ich erteile die Vollmacht für meinen digitalen Nachlass folgender Person:

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Diese Person darf meinen digitalen Nachlass so regeln, wie ich es in der hinterlegten Liste meiner Accounts festgelegt habe. Meine Vertrauensperson kennt den Aufbewahrungsort dieser Liste.



