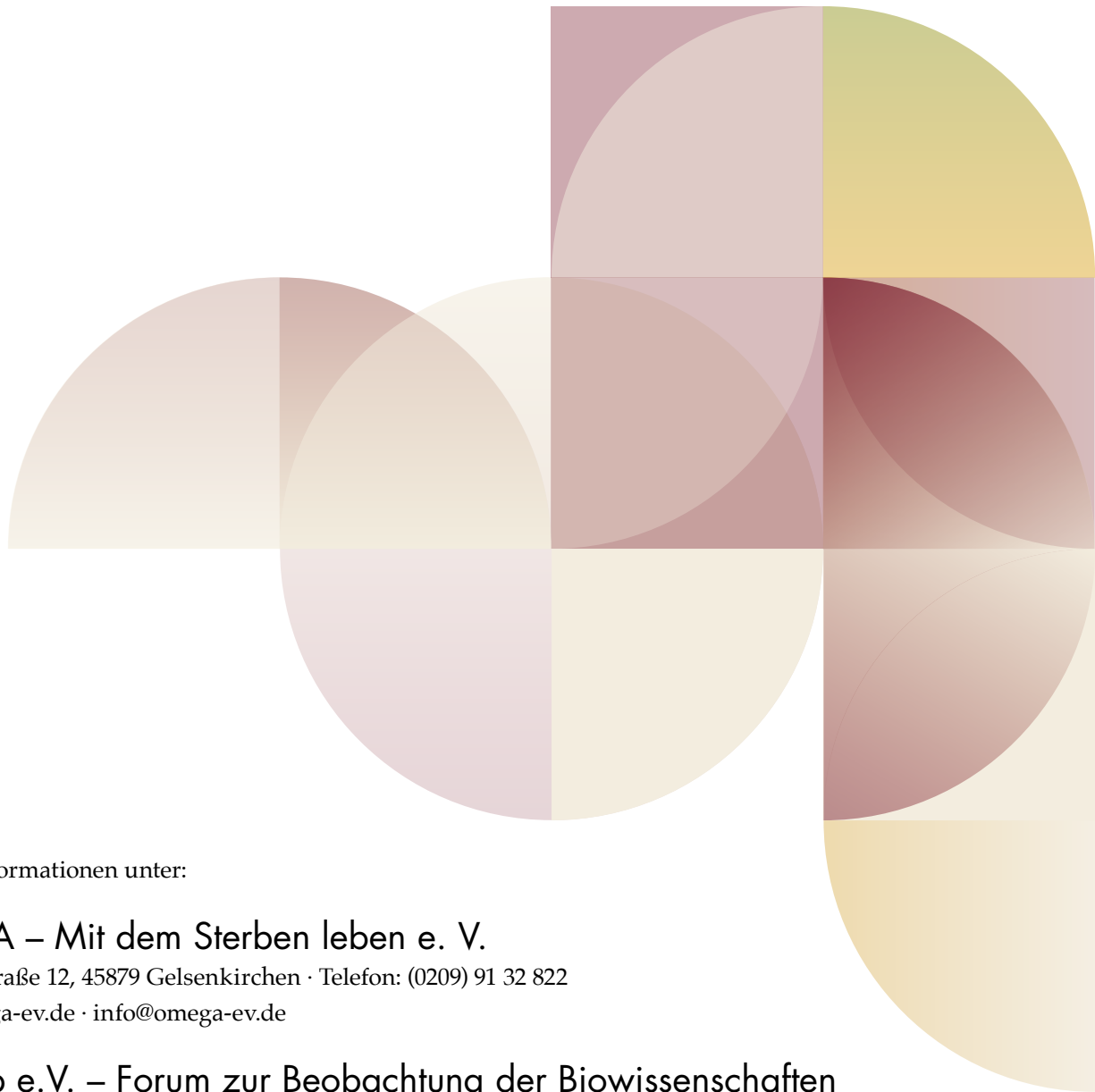


# Patientenverfügung Vorsorgevollmacht



Weitere Informationen unter:

**OMEGA – Mit dem Sterben leben e. V.**

Dickampstraße 12, 45879 Gelsenkirchen · Telefon: (0209) 91 32 822

[www.omega-ev.de](http://www.omega-ev.de) · [info@omega-ev.de](mailto:info@omega-ev.de)

**BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften**

[www.bioskop-forum.de](http://www.bioskop-forum.de)

# Kurze Information

## Patientenverfügung

Wie mit schweren Erkrankungen und mit dem nahen Tode gelebt werden kann, ist eine Frage ganz konkreter Lebensumstände. Patientenverfügungen sollen selbstbestimmtes und würdiges Sterben ermöglichen. Sie sollen sicherstellen, dass Pflegebedürftige und Patienten nach eigenen Wünschen betreut werden.

Ärzte sollen sie befolgen, vorausgesetzt, Erkrankte haben dies früher so aufgeschrieben und können nicht mehr für sich selbst sprechen.

Aber Krankheit und Behinderungen verändern Einstellungen. In gesunden Tagen ist schwer vorstellbar, wie das Leben und die eigenen Wünsche dann sein werden. Das gilt auch für die Angehörigen.

Und Patientenverfügungen müssen sich nicht nur auf den Verzicht beschränken. Sie können auch Behandlungen oder soziale Umstände aufschreiben und überlegen, was gut für Sie wäre.

## Vorsorgevollmacht | Betreuungsverfügung

In einer Vorsorgevollmacht können Angehörige oder Freunde benannt werden, die berechtigt sind, für den Vollmachtgeber zu sprechen und zu entscheiden, wenn er dies nicht mehr selbst kann. Alle Fragen der Therapieentscheidungen und/oder Unterlassungen werden rechtlich an den Bevollmächtigten übertragen.

Der Bevollmächtigte muss unbedingt jemand sein, der das uneingeschränkte Vertrauen des Vollmachtgebers hat. Es bedarf einer verlässlichen Beziehung. Die Vollmachten kann man mit Patientenverfügungen kombinieren oder auch alternativ zu ihnen erteilen.

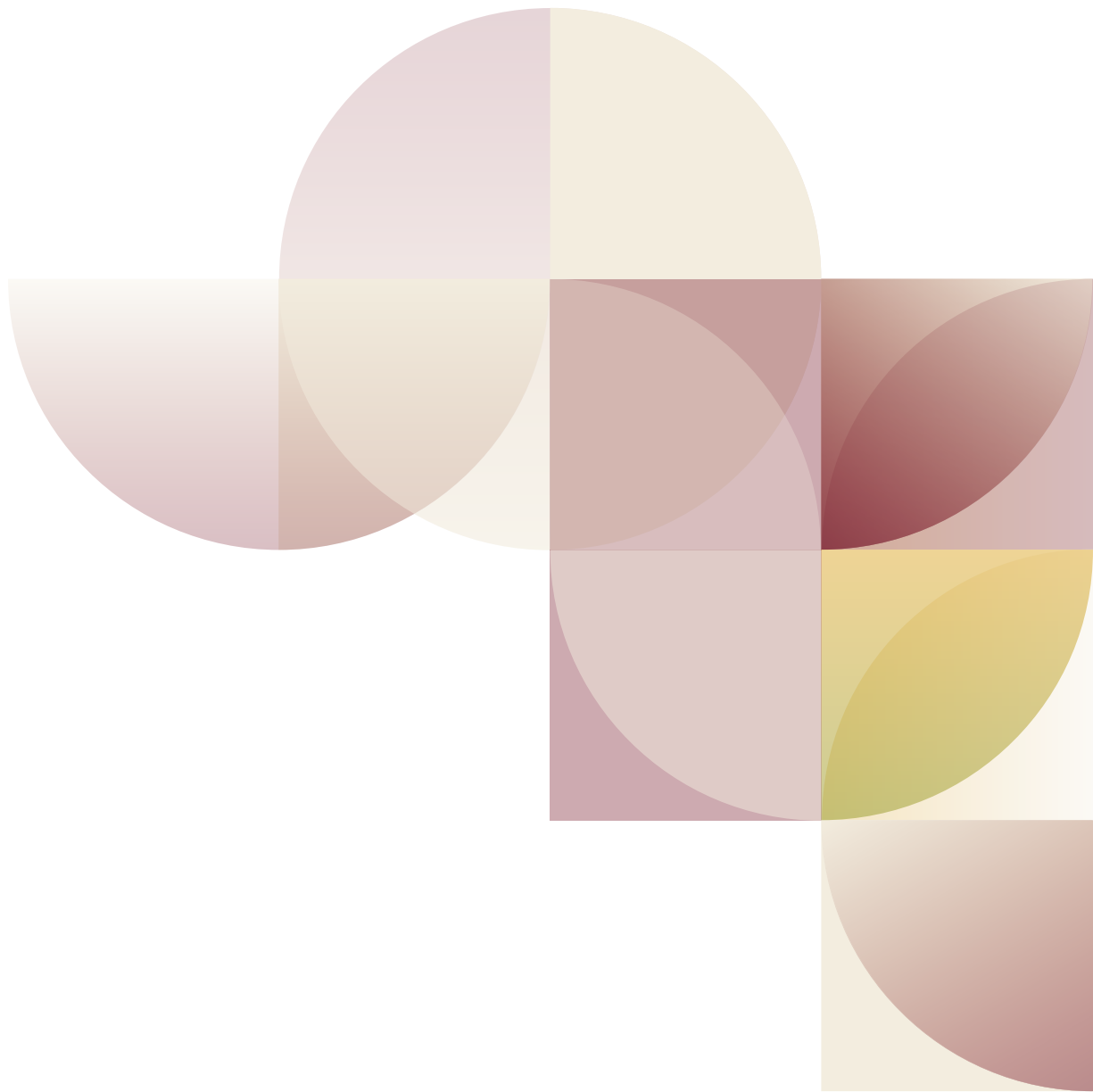
Eine Verpflichtung, solche Erklärungen abzugeben, gibt es nicht. Zum Erstellen der Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht empfehlen wir dringend ein persönliches Beratungsgespräch. Fragen am Lebensende sind nur äußerst begrenzt erfassbar und bleiben schwierig:

- » Gibt es noch Therapiemöglichkeiten?
- » Welche Symptomkontrolle ist sinnvoll?
- » Ist die künstliche Ernährung notwendig?
- » Gibt es noch Lebensmut zu unterstützen?

Antworten auf die Ängste und Verunsicherungen sind:

- » gute tragfähige soziale Beziehungen
- » verlässliche medizinische und pflegerische Versorgung
- » Begleitungs- und Entlastungsangebote für Schwerkranke und ihre Angehörigen.

*Dr. Marie-Elisabeth Averkamp | Inge Kunz*



## Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht für

---

# Willenserklärung / Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich

---

(Name, Geb.-Datum)

auf Grund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsminderung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, wünsche ich die Linderung meiner Symptome im Sinne einer palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung\*\* mit Schmerzlinderung, Stillen von Hunger und Durst, Behandlung von Unruhe, Angst und Atemnot, sowie psychosoziale Begleitung. Falls eine Symptomkontrolle nur unzureichend erfolgen kann, stimme ich einer palliativen Sedierung zu.

Ich möchte in Würde sterben können mit menschlicher und seelsorgerischer Begleitung.

Aktive Sterbehilfe lehne ich ab.

Meine Vorstellungen und Wünsche kennt mein Bevollmächtigter; er verfügt über eine entsprechende Vorsorgevollmacht.

**Im festen Vertrauen auf die Fürsorge und liebevolle Anteilnahme aller Beteiligten bin ich mir sicher, dass durch gemeinsame Kommunikation eine von mir als sinn- und wertvoll erachtete Lebens- und Sterbegestaltung erreicht werden kann.**

---

(Ort, Datum, Name, Adresse und Unterschrift)

## **\*\* Palliative Versorgung**

- bietet Entlastung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen an
- betont das Leben und betrachtet Sterben als einen normalen Prozess
- hat die Absicht, den Eintritt des Todes weder zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Fürsorge für den Patienten
- bietet ein Unterstützungssystem für Familien an, um die Belastungen während der Krankheit des Patienten und der eigenen Trauer zu bewältigen;
- wird bereits früh im Verlauf der Erkrankung angewandt, in Verbindung mit anderen Therapieformen

# Vorsorgevollmacht für den Bereich **Gesundheit**

*(keine notarielle Beglaubigung oder Beurkundung erforderlich)*

Ich, .....

(Name, Geb.-Datum, Adresse, Vollmachtgeber/in)

bevollmächtige für den Fall, dass ich auf Grund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsent-  
rückung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen  
Willen zu äußern

.....

(Name, Geb.-Datum, Adresse, Vollmachtnehmer/in)

.....

(Name, Geb.-Datum, Adresse, weitere Vollmachtnehmer/in)

mich gegenüber den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Behörden oder Gerichten zu  
vertreten und in Verbindung mit meiner Willenserklärung alle für meine Behandlungen  
erforderlichen Erklärungen abzugeben, bzw. notwendige Entscheidungen zu treffen.

» Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustan-  
des, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebens-  
gefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheits-  
lichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).\*)

» Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des  
Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder wider-  
rufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden  
sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Scha-  
den erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlas-  
sen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. \*\*)

» 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.

Der Bevollmächtigte kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben und genießt mein volles Vertrauen.

Die Vollmacht gilt nur, wenn der Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht vorlegen kann. Es befindet sich

.....  
(hinterlegt bei Arzt, Notar, persönliche Unterlagen)

Die Vollmacht erlischt auch nach meinem Tode nicht; sie bleibt so lange in Kraft, bis meinen Erben ein Erbschein ausgehändigt wurde.

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung (Betreuung) erforderlich sein sollte, bitte ich, den oben genannten Vollmachtnehmer als Betreuer zu bestellen.

Ratgeber meiner Bevollmächtigten, insbesondere in medizinischen Fragen sollen sein:

.....  
(Arzt des Vertrauens)

.....  
(Arzt des Vertrauens)

Ihnen allen gehört mein volles Vertrauen.

## Vorsorgevollmacht für den Bereich Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

*(keine notarielle Beglaubigung oder Beurkundung erforderlich)*

» Der Bevollmächtigte darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

» er darf einen Heimvertrag abschließen.

»

---

## Vorsorgevollmacht für den Bereich Vermögen

*(Empfehlung: Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe sollte die Vollmacht notariell beurkundet/beglaubigt sein. Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bank-eigenen Vordrucken!)*

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 Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, Verbindlichkeiten eingehen, Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

---

## Vorsorgevollmacht für den Bereich Post- und Fernmeldeverkehr

*(keine notarielle Beglaubigung oder Beurkundung erforderlich)*

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben

### Vertretung vor Gericht

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

### Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

### Betreuungsverfügung

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

### Weitere Regelungen

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

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und in Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

.....  
(Ort, Datum) (Unterschrift der Vollmachtgeberin /des Vollmachtgebers)

Ich kenne den Inhalt vorstehender Vorsorgevollmacht und der darin erwähnten Willenserklärung und erkläre mich bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

.....  
(Ort, Datum) (Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

.....  
(Ort, Datum) (Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

### Ausweis Patientenverfügung für Ihr Portemonnaie:

Bitte wenden Sie sich an die Bevollmächtigte Person:

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

✂ Bitte hier abtrennen!

