



Hospizverein Fürth e.V.  
im Klinikum

... dem Leben verpflichtet.



**Vorsorgevollmacht**  
*mit Betreuungsverfügung  
und Patientenverfügung*

Stand: Juni 2018



# Reflektion zum eigenen Lebensende

Wir empfehlen, im Zusammenhang mit der Abfassung einer Patientenverfügung, auch seine persönlichen Einstellungen zu Leben und Tod frei zu formulieren. Diese Gedanken sollen dem Leser, der mit Ihren Wertvorstellungen nicht vertraut ist, im Bedarfsfall einen Einblick in Ihre Lebenshaltung, Ihre Wünsche und Bedenken geben.

Ist das Sterben / der Tod für Sie „nah“ oder „fern“?

---

Haben Sie Pläne, unerfüllte Wünsche, unerledigte Angelegenheiten?

---

---

---

Was bedeutet für Sie „Leiden“: Schmerzen? Einsamkeit? Fehlende Selbstbestimmung? Abhängigkeit?

---

---

Hat für Sie das eigene Leben bei körperlichen oder geistigen Dauerschäden noch eine lebenswerte Qualität?

---

---

Ist für Sie ein Weiterleben wichtig, auch wenn Sie es selbst nicht mehr bewusst wahrnehmen und/oder mitgestalten können?

---

Welchen Umfang ärztlicher Maßnahmen wünschen Sie sich für den Fall, dass eine Besserung Ihres Leidens unwahrscheinlich ist:

bei Schmerzen: Morphine? \_\_\_\_\_

bei Atemstörungen: z. B. künstliche Zusatzbeatmung? \_\_\_\_\_

bei Infektionen: Antibiotika? \_\_\_\_\_

Unter welchen Umständen würden Sie einer künstlichen Ernährung zustimmen und ggf. für wie lange?

---

---

---

---

# Informationen zur Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht

## Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir legen Ihnen hiermit drei Formulare vor, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht sowie eine Erklärung zur Organspende. Ferner erhalten Sie zwei Kärtchen für Geldbeutel oder Brieftasche als Hinweis auf diese Verfügungen.

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind Ausdruck des **Selbstbestimmungsrechtes**, das durch das Patientenverfügungsgesetz garantiert wird. Ihr dokumentierter Wille, mag er anderen auch noch so unverständlich und unvernünftig erscheinen, ist für alle – Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Angehörige, Bevollmächtigte, Betreuer – verbindlich.

Die vorliegenden Formulare sind das Ergebnis jahrzehntelanger Beschäftigung mit diesem Thema. In vielen Streitfällen haben wir das Sterben von Menschen nach deren Willen und gegen den Widerstand von Angehörigen, Ärzten und Pflegeheimen durchgesetzt. Meist lagen nur ungenaue, zu pauschale oder nur mündliche Äußerungen vor.

RA Putz bringt laufend unsere umfangreiche, praktische Erfahrung in den Arbeitskreis der Autoren für die Vorsorgebroschüre des Bayerischen Staatsministeriums für Justiz und Verbraucherschutz ein. In ihm wirken Ärzte, Theologen, Hospizmitarbeiter, Juristen der Betreuungsstelle der Stadt München, Fachleute der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Staatsministeriums für Justiz und Verbraucherschutz mit. Umgekehrt profitieren wir von diesem Arbeitskreis, dessen Erkenntnisse wir laufend in unsere Texte einarbeiten.

Vorrang bei der Formulierung der anliegenden Texte hat für uns der **rechtliche Aspekt**. Nur wenn die Formulare klar und genau abgefasst sind und wenn sie alle zwingenden rechtlichen Voraussetzungen enthalten, sind sie rechtswirksam und für jedermann **verbindlich**.

Sie als Verfügender wollen schließlich erreichen, dass Ihrem Willen entsprochen wird. Ihren Angehörigen, Bevollmächtigten, Ärzten und Pflegern helfen Sie dabei mit der klaren und unmissverständlichen Niederlegung Ihrer Wünsche.

Aus diesem Grund sollten Sie an den Formularen unter keinen Umständen Änderungen oder Kürzungen vornehmen.

Auf alle weltanschaulichen oder religiösen Anmerkungen haben wir verzichtet, da nur Sie allein sich hierüber Gedanken machen können. Sie müssen Ihre Entscheidungen nicht begründen, Sie können aber Erläuterungen auf einem Beiblatt hinzufügen. Ihre persönlichen, möglichst handschriftlichen

Zusätze über Wertvorstellungen zu Leiden, Krankheit und Sterben, zu Verlust von Wahrnehmung und Kommunikation, zu Behinderung und Tod und Ihre Einstellung zur Organspende verleihen Ihren Verfügungen ein besonderes Gewicht. Sie machen sie damit zu einer höchstpersönlichen Erklärung von größter Glaubwürdigkeit, die es Ihren Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal leichter macht, sie zu akzeptieren.

Für die **rechtliche Durchsetzbarkeit** der Verfügungen sind unsere Formulare die juristisch unerlässliche Basis, aus der nichts entfernt werden darf, ohne dass die Rechtswirksamkeit leidet – auch wenn Ihnen manche Formulierungen „hart“ erscheinen mögen.

„Verstecken“ Sie Ihre Formulare nicht, denn wenn niemand weiß, wo sie sich befinden, kann auch niemand Ihren verbindlichen Willen befolgen. Nehmen Sie daher die beigefügten **Hinweiskärtchen zu Ihren Ausweispapieren**, die Sie immer bei sich haben. Sprechen Sie über alles mit Ihrer Familie, Ihrer Vertrauensperson, der Sie Vorsorgevollmacht erteilen, und Ihrem Arzt.

Es ist für die Rechtswirksamkeit grundsätzlich nicht notwendig, die Formulare **notariell beurkunden oder beglaubigen** zu lassen. Dies ist nur erforderlich, wenn Sie nicht mehr schreiben können, blind sind oder beispielsweise Regelungen zu Immobiliengeschäften oder Darlehensaufnahmen treffen wollen (s. u.). Wenn Sie jedoch die anliegenden Texte und ggf. ergänzende persönliche Zusätze bei einem Notar beurkunden lassen, dann hat dies auch den Vorteil, dass sich der Notar pflichtgemäß von Ihrer Einsichts- und Geschäftsfähigkeit überzeugt. Dies ist aber auch mit einem aktuellen Arztattest zu belegen.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Verfügungen ganz oder teilweise zu **widerrufen** oder unsere Formulare erneut auszufüllen, wenn Sie Ihren Willen ändern. Es gelten jeweils Ihre aktuellen Verfügungen. Heben Sie überholte Versionen dennoch auf, damit man Ihren persönlichen Entwicklungsprozess nachvollziehen kann.

## Anmerkungen zur Patientenverfügung

In der Patientenverfügung legen Sie heute schon Ihre Behandlungswünsche für künftige Krankheitssituationen nieder, in denen Sie Ihren Willen nicht mehr bilden und äußern können. Kreuzen Sie die gewünschten Textblöcke an. Textpassagen, die für Sie nicht gelten sollen, können Sie zudem durchstreichen, um ein nachträgliches missbräuchliches Ankreuzen zu verhindern.

Unter **Ziffer 1** werden die vier wesentlichen Situationen angesprochen.

Nach unserer Erfahrung führen gerade die Fälle dauerhafter Bewusstlosigkeit aus emotionalen Gründen zu den schwierigsten Streitfällen.

Hier wird das Leben und damit der Verlauf Ihrer Erkrankung künstlich, z.B. mit Beatmung oder mit einer Magensonde durch die Bauchdecke, zuweilen über viele Jahre verlängert. Widerspricht dies Ihrem in der Patientenverfügung erklärten Willen, muss z.B. durch die Beendigung der Sondenernährung oder der künstlichen Beatmung das Sterben zugelassen werden. Dies bedeutet keinesfalls ein qualvolles Verhungern, Verdursten oder Ersticken, wenn es von geschulten Ärzten und erfahrenem Pflegepersonal begleitet wird.

„Frischen“ Sie Ihre Patientenverfügung durch Ihre – etwa alle ein bis zwei Jahre erneut hinzugefügte – Unterschrift mit Datum immer wieder auf, auch wenn dazu keine rechtliche Verpflichtung besteht. So begegnen Sie dem Einwand, Ihre Verfügung sei nicht aktuell. Für Kinder, Hochbetagte oder Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) bietet die Kanzlei PUTZ • SESSEL • STELDINGER (s.u.) spezielle Patientenverfügungstexte an.

Sollte bei Ihnen heute schon eine schwere, möglicherweise zum Tode führende Erkrankung bestehen, so sollten Sie nicht nur eine Patientenverfügung verfassen. Dann haben Sie die Gelegenheit, **zusätzlich** Ihre **persönliche gesundheitliche Vorausplanung** zu organisieren. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt alle Möglichkeiten und Hilfen der Behandlung, Betreuung, Pflege, ggf. welche Einrichtung in Frage kommt, u. a. Hierfür hat der Gesetzgeber 2015 den Rahmen für neue Beratungsangebote geschaffen. Auch Hospizvereine und die Betreuungsstellen der Kreisverwaltungen beraten Sie hierbei.

Nach deutschem Recht muss Ihre Patientenverfügung beachtet und – ggf. sogar gerichtlich – durchgesetzt werden. Als spezialisierte Rechtsanwälte werden wir damit bei Streitfällen regelmäßig beauftragt. Fast immer gelingt es uns, diese schwierigen Mandate im Konsens zu lösen.

### Anmerkungen zur Vorsorgevollmacht

In der Vorsorgevollmacht bestimmen Sie eine **Person, der Sie vertrauen und der Sie zutrauen**, Ihren Willen durchzusetzen. Diese Person sollte Ihre Beweggründe und Ihre Wertvorstellungen aus Gesprächen kennen.

Es ist weitgehend unbekannt, dass Sie auch Ihre **Angehörigen**, auch Ihre **Kinder** oder Ihren **Ehepartner**, auf diese Weise **bevollmächtigen müssen**. Denn allein Verwandtschaft oder

Eheschließung geben diesen Personen nicht das Recht, über Ihr Wohl zu entscheiden und Sie zu vertreten.

Eine Vorsorgevollmacht darf **keine Bedingungen** ihrer Wirksamkeit enthalten wie zum Beispiel eine krankheitsbedingte Handlungs- oder Willensunfähigkeit. Unsere Vorsorgevollmacht gilt deshalb nach außen ohne Bedingung und sofort. So können Sie auch schon entlastet werden, wenn Sie bettlägerig krank oder körperlich behindert aber durchaus noch willens- und entscheidungsfähig sind. Eine Vollmachtserteilung setzt natürlich Vertrauen in Ihren Bevollmächtigten voraus. Solange Sie noch willensfähig sind, empfiehlt es sich, die Vollmacht bei sich zu Hause an einem der Vertrauensperson bekannten Ort aufzubewahren.

Bundesweit ist eine Registrierung Ihrer Vorsorgevollmacht gegen geringe Gebühr im zentralen **Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer** möglich. ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de))

**Sie bestimmen** durch Ankreuzen der Kästchen den Umfang der Vollmacht. **Die Erteilung einer Vollmacht ist keine Entmündigung!**

Ihr Bevollmächtigter muss Sie nach Ihrem Willen vertreten, z. B. bei der Suche nach einem Heimplatz. Sie können darüber hinaus – jedoch keinesfalls im Formular – dem Bevollmächtigten zusätzliche Weisungen erteilen. Sie können die Vollmacht mit mehreren, getrennten Formularen auf verschiedene Personen, eventuell sogar mit verschiedenen Aufgabenbereichen (z. B. Trennung der Bereiche Gesundheits- und Vermögenssorge), verteilen. Sie sollten in diesen Fällen jedoch unbedingt den Rat eines Rechtsanwalts einholen. Auch wenn Sie die gleichen Aufgabenbereiche auf mehrere Personen verteilen wollen, sollten Sie getrennte Vollmachtsformulare für jeden Bevollmächtigten verwenden. So besteht Rechtsklarheit, dass jeder Bevollmächtigte alleine handeln kann.

Darf der Bevollmächtigte Vertretungsgeschäfte mit sich selbst schließen? Da dies in besonderem Maße die Gefahr eines Missbrauchs eröffnet, verbietet dies § 181 BGB. Unser Formular beinhaltet aber die Möglichkeit, dass Sie den Bevollmächtigten von diesem Verbot befreien. Das ist etwa sinnvoll, wenn der Bevollmächtigte Ihr Auto an sich selbst verkaufen und übernehmen soll oder etwa das Pflegegeld erhalten soll.

Eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht ist für die Aufnahme von Verbraucherdarlehen erforderlich. Sinnvoll ist sie beim Betrieb eines Handelsgewerbes oder für Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft.

Bei einer Beurkundung wird die Urkunde von einem Notar in einer Niederschrift abgefasst, den Beteiligten vorgelesen, von den Beteiligten genehmigt und in Anwesenheit des Notars

eigenhändig unterzeichnet. Die Beurkundung ist die strengste gesetzliche Formvorschrift.

Lediglich eine **öffentliche Beglaubigung** der Vorsorgevollmacht ist für folgende Bereiche erforderlich:

- + Erwerb, Veräußerung oder Belastung einer Immobilie
- + Erklärungen gegenüber dem Grundbuchamt oder dem Handelsregister
- + Erklärung einer Erbausschlagung
- + Beantragung eines Reisepasses oder eines Personalausweises

Die **öffentliche Beglaubigung** ist eine amtliche Bescheinigung der Richtigkeit einer Unterschrift. Eine öffentliche Beglaubigung kann durch einen Notar, eine Betreuungsbehörde, in Baden-Württemberg auch durch den Ratsschreiber der Gemeinde, in Hessen durch die Ortsgerichtsvorsteher und in Rheinland-Pfalz von Gemeinde- und Stadtverwaltungen erteilt werden.

**Achtung: Kreditinstitute (Banken) verlangen in der Regel eine Vollmachtserteilung vor Ort auf bankeigenen Vordrucken.**

Mit der Vorsorgevollmacht übertragen Sie nur gewisse allgemeine Aufgabenbereiche, ohne diese mit konkreten inhaltlichen Vorgaben zu verbinden. Mit der Patientenverfügung geben Sie solche inhaltlichen Vorgaben im Bereich der Gesundheitsvorsorge. An diese ist der Bevollmächtigte gebunden und darf keine eigenen Entscheidungen treffen. Sinnvoll können weitere inhaltliche Vorgaben zum Beispiel in den Bereichen Vermögensangelegenheiten, Wohnsituation, Heimaufnahme, Pflege durch Angehörige und deren Vergütung, die Verwertung

Ihrer Wohnungseinrichtung oder die elterliche Sorge für Ihre Kinder sein.

Nach geltendem Recht verbietet sich die gerichtliche Einsetzung eines Betreuers (früher „Vormund“ oder „Pfleger“), wenn Sie einen Bevollmächtigten eingesetzt haben. Er kann wie ein gerichtlich bestellter Betreuer handeln. Sie ersparen damit allen Beteiligten ein oft langwieriges gerichtliches Verfahren und halten den finanziellen Aufwand gering.

### Anmerkung zur Erklärung zur Organspende

Mit der Erklärung beugen Sie dem Missverständnis vor, Ihre Patientenverfügung wäre grundsätzlich mit Ihrer Bereitschaft zur Organspende unvereinbar.

---

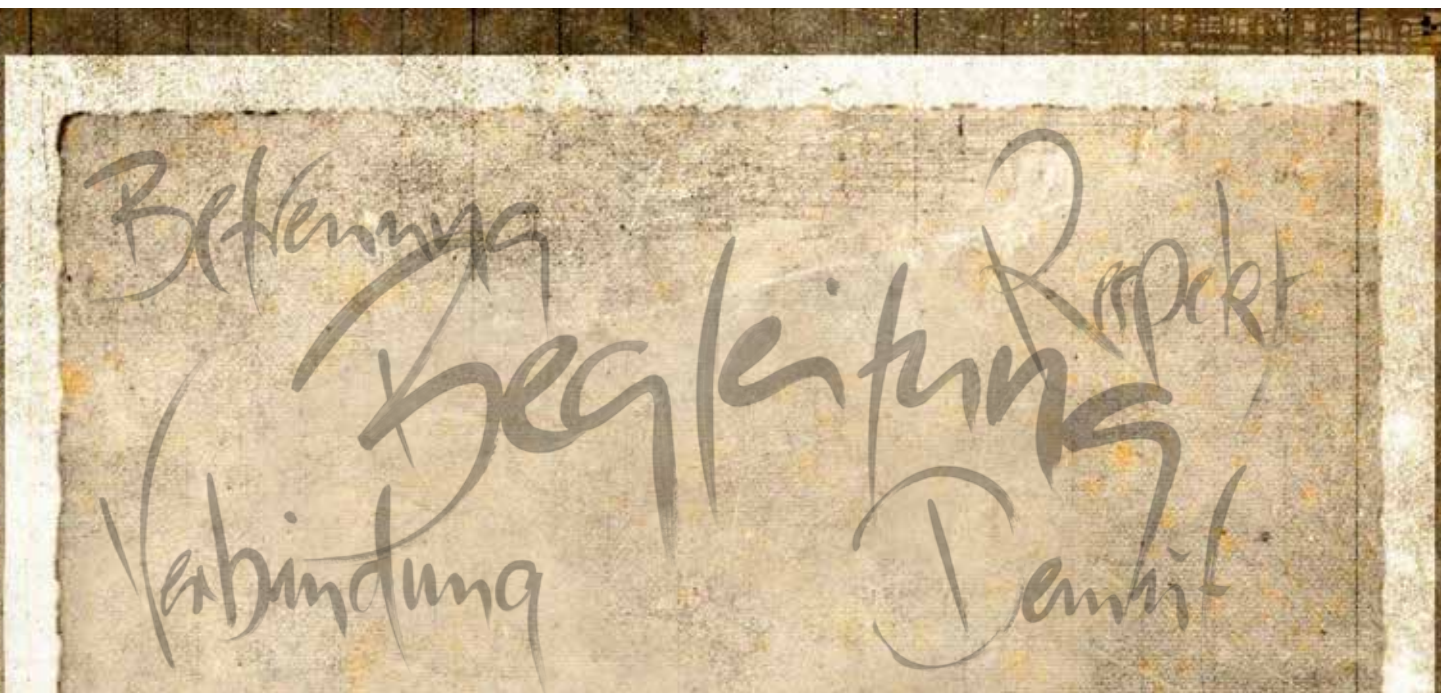
**Der Hospizverein bedankt sich für die Genehmigung der Übernahme der Texte für das Informationsblatt, der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung bei der Kanzlei:**

**PUTZ • SESSEL • STELDINGER**  
RECHTSANWÄLTE • KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT

Quagliostraße 7 • 81543 München  
Telefon 089-65 20 07 • FAX 089-65 99 89  
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

---

Zur weiteren Information empfehlen wir das Buch „Patientenrechte am Ende des Lebens“ Beck-Rechtsberater im dtv (6. Auflage 2016).



# Vorsorgevollmacht

Ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum (Vollmachtgeber/in)

\_\_\_\_\_  
Anschrift und Kontaktdaten (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail)

**erteile hiermit Vollmacht 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, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum (bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_  
Anschrift und Kontaktdaten (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail)

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit  Ja angekreuzt habe, auch wenn ich nach Errichtung dieser Urkunde geschäftsunfähig geworden sein sollte.**

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

**Gesundheitsvorsorge / Pflegebedürftigkeit**  Ja  Nein

- + Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.
- + 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).<sup>1</sup>
- + 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, wie z.B. künstlicher Ernährung oder künstlicher Beatmung, erteilen.<sup>2</sup>
- + 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. Sie darf ihrerseits Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. privatärztlichen Verrechnungsstellen von deren Schweigepflicht entbinden.
- + Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) einschließlich ärztlicher Zwangsmaßnahmen (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

<sup>1</sup> Eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes ist nicht erforderlich, wenn zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB)

<sup>2</sup> In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

---

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Ja  Nein

- + Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, mich bei der Meldebehörde an- und abmelden, 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.

---

## Post und Telekommunikation

Ja  Nein

- + Sie darf die für mich bestimmte Post – auch Einschreiben mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für Emails und das Abhören von Anrufbeantwortern oder Mailbox. Sie darf über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

---

## Digitale Medien

Ja  Nein

- + Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, 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.

---

## Vertretung vor Behörden und Gerichten

Ja  Nein

- + Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.
- + Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

---

## Vermögenssorge

Ja  Nein

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
- + mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten
- + Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben
- + Schenkungen vornehmen, soweit sie einem rechtlichen Betreuer rechtlich gestattet sind.

---

## Befreiung vom Verbot des § 181 BGB

Ja  Nein

- + Die bevollmächtigte Person ist vom gesetzlichen Verbot des § 181 BGB („Insichgeschäft“) befreit. (Bitte beachten Sie hierzu unsere Erläuterungen im Informationsblatt).

---

## Regelung der Bestattung

Ja  Nein

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

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

**Hinweis an den Vollmachtgeber:** Zur Form der Vollmacht (Beglaubigung oder notarielle Beurkundung) beachten Sie unbedingt die Hinweise in unserem Informationsblatt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin



# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, ggf. Geburtsname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich folgendes (Zutreffendes habe ich angekreuzt):**  
*Sie können zusätzlich die Textpassagen, die für Sie nicht gelten sollen, streichen.*

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

- + Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  Ja  Nein
- + Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.  Ja  Nein
- + Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn gelegentliche Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst und ich habe bei den hier niedergelegten Entscheidungen bedacht, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass aber eine Besserung dieses Zustands äußerst unwahrscheinlich ist.  Ja  Nein
- + Wenn ich in Folge eines 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.  Ja  Nein

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

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

- + Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, 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.  Ja  Nein

## 3. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verbiete ich:

- + Alle lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Therapien oder Maßnahmen, die nicht ausschließlich die Linderung von Leiden zum Ziel haben. Insbesondere verbiete ich maschinelle Beatmung, künstliche Ernährung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.  Ja  Nein
- + Wiederbelebungsmaßnahmen  Ja  Nein

---

#### 4. Insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (z. B. Komafälle), verbiete ich

- + künstliche Beatmung sowie jede Art der künstlichen Ernährung und künstlichen Flüssigkeitsgabe (sowohl über eine Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder über die Vene). Solche Maßnahmen sind zu beenden, falls sie bereits eingeleitet wurden.  Ja  Nein
- + Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren.  Ja  Nein

---

#### 5. Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z.B. Demenz):

Ich treffe diese Regelung schon jetzt rein vorsorglich, ohne dass ich derzeit schon die Diagnose einer solchen Krankheit habe, nachdem ich nicht weiß, ob ich vor deren Eintreten noch die Gelegenheit zu dieser Erklärung haben werde. In jedem Fall wird mein Bevollmächtigter entscheiden müssen, ob der Zeitpunkt der Umsetzung der nachfolgenden Regelungen nach meinem Willen bereits erreicht ist.

**Unabhängig** vom Stadium der Erkrankung, **unabhängig** von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen zu können und unabhängig von meiner geistigen Beeinträchtigung **verbiete ich**

- + eine Wiederbelebung im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes. *(Überlegen Sie, ob Sie ggf. frühzeitig eine Deaktivierung eines bei Ihnen implantierten Defibrillators herbeiführen möchten.)*  Ja  Nein
- + jede lebensverlängernde ärztliche Behandlung bei einer hinzutretenden, potentiell tödlich verlaufenden Krankheit, damit ich sterben kann. Es darf dann nur noch eine palliative Behandlung stattfinden, die Schmerzen und quälende Symptome lindert.  Ja  Nein

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine verbotene aktive Sterbehilfe.**

---

#### 6. Hinweise zu meiner Patientenverfügung:

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Entscheidungsunfähigkeit eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

Sollte ich meine Patientenverfügung jedoch ganz oder teilweise widerrufen, wenn Situationen eintreten, die ihre Umsetzung verlangen, so muss durch ein Gutachten eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie, der nicht in der Einrichtung tätig sein darf, in der ich mich ggf. befinde, nachgewiesen sein, dass ich hierzu die notwendige Entscheidungsfähigkeit habe. Bleiben Zweifel, so ist diese Patientenverfügung als mein fortgeltender und damit aktueller Wille zu respektieren und umzusetzen. Auf einen aktuellen Widerruf darf dann nicht abgestellt werden, erst recht nicht, wenn ein solcher Widerruf nur aus einem „natürlichen Willen“ meinerseits hergeleitet wird.

Sofern in dieser Patientenverfügung oder in einer Anlage Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

## 7. Erneuerung der Patientenverfügung:

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) mit Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Bestätigung bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine wesentliche Änderung Ihrer persönlichen Lebensumstände, insbesondere im gesundheitlichen Bereich, eintritt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

## 8. Beratung bei der Abfassung der Patientenverfügung:

Eine Beratung ist empfehlenswert, aber für die Rechtsverbindlichkeit dieser Verfügung nicht Voraussetzung! Es empfiehlt sich, die Beratung durch einen Arzt, Rechtsanwalt, Hospizverein oder Betreuungsstelle durch eine kurze Notiz auf dieser Patientenverfügung zu dokumentieren. Ein solches Beratungsgespräch kann unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.

**Bei der Abfassung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:**

---

Datum und (Praxis-)Stempel oder Bezeichnung  
der Einrichtung, Organisation oder Name des Arztes

---

Unterschrift des Beraters

Ggf. zusätzliche Erklärungen des Beraters, zum Beispiel zum Gesundheitszustand der/des Verfügenden bei Erstellung der Patientenverfügung:

---

---

---

---

---

---

---

---

Auch wenn keine Beratung erfolgte, sollten Sie hier den Arzt Ihres Vertrauens benennen, damit bei ihm Rücksprache genommen werden kann:

Ärztin / Arzt meines Vertrauens ist: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9.a Hinweis auf (eine) existierende Vorsorgevollmacht(en):

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung Vorsorgevollmacht(en) erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den Bevollmächtigten besprochen

#### 1. Bevollmächtigter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail: \_\_\_\_\_

#### bei Verhinderung – 2. Bevollmächtigter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon, Mobiltelefon, E-Mail: \_\_\_\_\_

### 9.b Hinweis für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung (alternativ zu a):

Ja  Nein

- + Ich habe niemandem Vorsorgevollmacht erteilt und wünsche, dass ein vom Betreuungsgericht für mich bestellter Betreuer meinem Willen, wie er sich aus dieser Patientenverfügung ergibt, Ausdruck verschafft und ihn durchsetzt.





# Erklärung zur Organspende

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

habe eine Patientenverfügung erstellt. Ich erkläre zugleich meine Bereitschaft, dass nach meinem Tod Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden dürfen.

Es ist mir bewusst, dass erst nach dem Absterben aller Areale meines Gehirns (Gesamthirntod) Organe und Gewebe entnommen werden dürfen. Es ist mir auch bewusst, dass die Organe bei Entnahme so gesund wie möglich sein sollen. Es ist mir bewusst, dass deshalb mitunter auch schon vor der Feststellung des Gesamthirntodes eine künstliche Beatmung oder eine andere sog. organprotektive Therapie mit der möglichen Folge einer kurzfristigen Lebensverlängerung erforderlich ist. Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

Ich bin in diesem Fall einverstanden, dass mein Leben um Stunden oder wenige Tage künstlich verlängert wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Phase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Diese Patientenverfügung ist nach den § 1901 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für jedermann rechtsverbindlich. Sie kann bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe, ggf. auch gerichtlich, gegen Kliniken, Ärzte und Pflegeheime durchgesetzt werden. Eine Missachtung ist zudem als Körperverletzung strafbar. Die Umsetzung einer Patientenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1904 BGB).**

Mit freundlicher Genehmigung von: PUTZ • SESSEL • STELDINGER | RECHTSANWÄLTE KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT | Quagliostraße 7 | 81543 München | Telefon: 089/65 20 07 | Fax: 089/65 99 89 | [kanzlei@putz-medizinrecht.de](mailto:kanzlei@putz-medizinrecht.de) | [www.putz-medizinrecht.de](http://www.putz-medizinrecht.de)



## VORSORGEVOLLMACHT UND PATIENTENVERFÜGUNG

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Telefon des 1. Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Telefon des ersatzweise 2. Bevollmächtigten

Die Unterlagen befinden sich auch bei der Ärztin / dem Arzt meines Vertrauens

## VORSORGEVOLLMACHT UND PATIENTENVERFÜGUNG

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Telefon des 1. Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Telefon des ersatzweise 2. Bevollmächtigten

Die Unterlagen befinden sich auch bei der Ärztin / dem Arzt meines Vertrauens



Hospizverein Fürth e.V.  
im Klinikum

Hospizverein Fürth e.V. *im Klinikum*  
Jakob-Henle-Straße 1 | 90766 Fürth

Tel. 0911 - 979 0546 - 0  
(24h) 0911 - 979 0546 - 6  
Fax 0911 - 979 0546 - 9

buero@hospizverein-fuerth.de  
www.hospizverein-fuerth.de

... dem Leben verpflichtet.



BITTE BEACHTEN!

**PATIENTENVERFÜGUNG**  
mit **VORSORGEVOLLMACHT**



BITTE BEACHTEN!

**PATIENTENVERFÜGUNG**  
mit **VORSORGEVOLLMACHT**