

Wie oft hören wir den Satz, „...da soll es doch so eine Vollmacht geben...“ Irgendwo haben wir es gehört, wieder verdrängt, aber doch noch im Kopf. Wer füllt schon gerne Formulare aus oder beschäftigt sich mit dem, was vielleicht nicht oder später eintritt? Für fast jede Lebenssituation gibt es eine Absicherung, Versicherungsgesellschaften, Banken und andere Einrichtungen werben dafür. Doch wie sieht es mit dem eigenen Leben bezogen auf Krankheit und Tod aus?

Wer kann mir in meinem Namen helfen, wenn ich zu schwach bin?

Wie möchte ich bei auswegloser Krankheit behandelt und betreut werden?

Wie kann ich meine Wertvorstellungen bei schwerer Krankheit durchsetzen?

Fragen über Fragen, die Sie mit Hilfe dieser Vorsorgemappe selbst beantworten können. Die Deutsche PalliativStiftung hat sich zum Ziel gesetzt, flächendeckende Aufklärung für hospizlich-palliatives Wissen zu betreiben, damit Sie diese Fragen für sich beantworten können. Wir teilen dieselbe Atemluft, aber nicht dieselben Wertvorstellungen. Deshalb muss mit einem soliden Wissen jeder die wichtigsten Fragen für sich persönlich klären.

Natürlich benötigt sie auch finanzielle Zuwendungen, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können. Mit einer Mitgliedschaft im Förderverein der Stiftung tragen Sie dazu bei, dass nicht nur Schwerstkranken und ihren Helfern Unterstützung zu Teil wird, sondern auch durch verstärkte Öffentlichkeits- und Projektarbeit umfassende Aufklärung und Hilfe angeboten werden kann. Nur so kann Vorsorge ein allgemeines Thema werden, unabhängig von Generationen. Denn jeder/jede kann in eine Situation geraten, die Hilfe notwendig macht.

Wir würden uns sehr freuen, Sie als neues Mitglied begrüßen zu können.



Elke Hohmann
Erste Vorsitzende Förderverein



Thomas Sitte
Vorstandsvorsitzender Stiftung

Jeder Mensch hat ein Recht auf Selbstbestimmung. Das gilt auch für Situationen, in denen ein Mensch z.B. infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern oder für sich selbst zu sorgen. Wir raten Ihnen, für diese Situationen Vorsorge durch die Erstellung einer Patientenverfügung, (Vorsorge-)Vollmacht und Betreuungsverfügung zu treffen.

Vollmacht/Vorsorgevollmacht

In einer Patientenverfügung legen Sie Ihre Vorstellungen bezüglich der medizinischen Behandlung in bestimmten Situationen fest. Doch wer entscheidet für Sie, wenn Sie Ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst erledigen können? Für diesen Fall können Sie eine (Vorsorge-)Vollmacht erstellen. Mit einer solchen Vollmacht ermächtigen Sie eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens stellvertretend für Sie zu handeln, zu entscheiden und Verträge abzuschließen. Eine Vollmacht kann ausschließlich für gesundheitliche und pflegerische Fragen (= Vorsorgevollmacht) oder auch umfassend für weitere Bereiche, wie Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Vermögenssorge etc. (=Vollmacht) erteilt werden. Voraussetzung für die Errichtung einer gültigen (Vorsorge)Vollmacht ist die Geschäftsfähigkeit, Volljährigkeit und Schriftlichkeit. Bitte überlegen Sie, für welche Bereiche Sie eine (Vorsorge) Vollmacht erteilen wollen. Die Vollmacht sollte im vertrauensvollen Gespräch mit dem vorgesehenen Bevollmächtigten verfasst werden, damit er Ihre Wünsche und Vorstellungen gut kennen und verstehen lernt. Der Bevollmächtigte ist verpflichtet, Ihren Willen als Vollmachtgeber zu vertreten. Liegt eine Patientenverfügung vor, prüft der Bevollmächtigte, ob die Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat er dafür zu sorgen, dass dieser Wille z.B. vom Arzt tatsächlich umgesetzt wird. Der Bevollmächtigte kann aber nur mit der Original-Vollmacht tätig werden.

Bitte beachten Sie:

Bei Immobiliengeschäften, Handelsgewerbe, Verbraucherdarlehen sind je nach Art eine gerichtliche Beglaubigung oder eine notarielle Beurkundung der Vollmacht notwendig.

Nach deutschem Recht können auch engste Verwandte wie Ehepartner oder Kinder Sie nur dann gesetzlich vertreten, wenn sie als Bevollmächtigte eingesetzt wurden. Ansonsten wird die Bestellung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht erforderlich. Sollten Sie keine Patientenverfügung erstellen wollen, können Sie auch ausschließlich eine (Vorsorge-)Vollmacht erstellen!

Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung kann ein einwilligungsfähiger und volljähriger Mensch seinen Willen für nicht unmittelbar bevorstehende medizinische Maßnahmen im Voraus schriftlich verfügen. Nach dem Gesetz zur Patientenverfügung können alle Situationen, unabhängig von der Art und dem Stadium der Erkrankung verbindlich geregelt werden. Das sind insbesondere:

- die Sterbephase
- das Endstadium einer unheilbaren Erkrankung
- weit fortgeschrittene Hirnabbauprozesse, z.B. bei Demenz
- irreversible Hirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung
- (Wach-)Koma

Vor dem Ausfüllen einer Patientenverfügung sollten Sie sich überlegen, welche Situationen Sie regeln wollen und welche medizinischen Maßnahmen in diesen Situationen unterlassen, beendet oder ergriffen werden sollen (z.B. künstliche Ernährung).

- Besprechen Sie Ihre Wünsche und Vorstellungen mit Ihren Angehörigen und Ihrem Arzt.
- Kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen in der ausgewählten Verfügung an.
- Wichtig ist Ihre vollständige, eigenhändige Unterschrift mit Datumsangabe.
- In den Leerzeilen der Formulare können Sie handschriftliche Ergänzungen vornehmen.
- Ergänzungen und persönliche Anliegen können Sie auf einem eigenen Blatt „Meine Wertvorstellungen“ beilegen.
- Für medizinische Fragen ist keine gerichtliche Beglaubigung oder notarielle Beurkundung notwendig. Bei möglichen Zweifeln an der „Einwilligungsfähigkeit“ sollte diese von einem Facharzt attestiert werden.

Betreuungsverfügung

Sie können auch vorsorglich festlegen, wer im Falle einer vom Gericht angeordneten Betreuung Ihr Betreuer werden oder wer es eben nicht werden soll. Diese Wünsche sind für das Betreuungsgericht grundsätzlich verbindlich. Ergänzend zur Betreuungsverfügung können Sie Ihre Wünsche und Vorstellungen im Fall der Betreuungsbedürftigkeit schriftlich niederlegen. Diese sind für den Betreuer verbindlich, solange Sie diese nicht widerrufen. Eine Betreuungsverfügung empfiehlt sich, wenn Sie keiner Person Ihres Vertrauens eine Vollmacht erteilen können/wollen. Sie empfiehlt sich jedoch auch zusätzlich zur (Vorsorge-)Vollmacht. Günstig ist, wenn Sie dieselbe Person in beiden Verfügungen benennen.

Für alle drei vorsorglichen Verfügungen gilt:

- Sie können jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Bei der (Vorsorge-)Vollmacht sollte die Urkunde zurückverlangt werden.
- Füllen Sie alle Verfügungen mindestens zweimal aus – für sich selbst und für den Bevollmächtigten. Kopien von ausgefüllten Verfügungen sind keine Originale!
- Hinterlegen Sie die Verfügungen an einem bekannten Ort.
- Bei der Bundesnotarkammer können die Eckdaten in einem zentralen Vorsorgeregister gegen eine Gebühr eingetragen werden. Auf dieses Register haben die Betreuungsgerichte Zugriff. www.vorsorgeregister.de

Konto-/Depotvollmacht

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie eine Konto-/Depotvollmacht ausfüllen und diese grundsätzlich in Ihrer Bank unterzeichnen. Solche Vollmachten werden von Ihrer Bank angeboten.

1 Willenserklärung

1.1 Ich ...

<i>Name, Vorname, Geburtsdatum</i>	<i>(Vollmachtgeber/in)</i>
<i>Anschrift</i>	
<i>Telefon</i>	<i>E-Mail</i>

bestimme hiermit für den Fall, dass ich **meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann** Folgendes:

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~ Ja
und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext Nein

1.2 Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll

Diese Patientenverfügung soll in Situationen gelten, wenn ich ...

A. ... mich nach ärztlicher Feststellung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung meiner Ärzte/Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach ...		
C.1 ... unwiederbringlich vollständig verloren habe:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C.2 ... soweit verloren habe, dass ein Leben, zu dem ich mich verständlich äußern kann, nicht mehr möglich ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Meine Antwort zu C., C.1 und C.2 gilt selbst, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist für jede Gehirnschädigung unabhängig von der Ursache. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
D. ... ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
E. Diese Verfügung soll bereits jetzt gelten. Insbesondere wenn eine schwere Erkrankung wie z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt oder schwere Lungenentzündung vorliegen, gerade wenn eine hohe Sterbewahrscheinlichkeit oder ein hohes Risiko einer nachfolgenden schweren, dauerhaften Gesundheitseinschränkung bestehen, lehne ich selbst medizinisch indizierte Krankenhauseinweisungen ab!	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
F. ... ich mich in folgender Lebenslage befinde:		

1.3 (Vorsorge) Vollmacht und Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine (Vorsorge) Vollmacht und/oder eine Betreuungsverfügung erteilt und den Inhalt mit folgender von mir bevollmächtigten Person besprochen:

<i>Name, Vorname, Geburtsdatum</i>	
<i>Anschrift</i>	
<i>Telefon</i>	<i>E-Mail</i>

2 Wünsche zu Sterbeort und Begleitung

2.1 Unter den unter 1.2 genannten Situationen möchte ich, wenn möglich sterben ...

A. ... zu Hause/ in vertrauter Umgebung:	<input type="checkbox"/>	C. ... auf einer Palliativstation:	<input type="checkbox"/>
B. ... in einem Hospiz:	<input type="checkbox"/>	D. ... im Krankenhaus:	<input type="checkbox"/>

2.2 Ich möchte Beistand ...

A. ... seelsorglich:	<input type="checkbox"/>	C. ... durch folgende Personen:	
B. ... hospizlich:	<input type="checkbox"/>	Welche Glaubens- richtung:	

2.3 Krankenhauseinweisung?

Auch wenn ich ohne Krankenhausbehandlung höchstwahrscheinlich sterben würde, so möchte ich wenn irgend möglich nicht mehr in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen Für die unter 1.2 genannten Situationen wünsche ich ...

3.1 ... folgenden Umfang lebenserhaltender und -verlängernder Maßnahmen:

Es sollen alle medizinisch möglichen und angezeigten Behandlungen vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3.2 ... eine fachgerechte Symptombehandlung ...

A. ... möglichst ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... auch mit Mitteln mit bewusstseinsdämpfender Wirkung, wenn andere medizinische Möglichkeiten zur Symptomkontrolle nicht ausreichend wirken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... selbst dann, wenn die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch eine Behandlung erfolgt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3.3 ... bzgl. künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:

Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranke haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für PatientInnen mit schwerster Hirnfehlfunktion. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

A. Hunger und Durst sollen nur auf natürliche Weise gestillt werden, auch mit Hilfe beim Essen und Trinken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. Ich wünsche fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege sowie menschenwürdige Umgebung, Zuwendung, Körperpflege und Lindern von belastenden Symptomen wie z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. Ich wünsche eine künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr, wie z. B. mittels Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge, in die Haut oder Unterhaut):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3.4 ... bzgl. einer Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation):

Bei einem Herz-Kreislaufstillstand in Situationen wie unter 1.2 wünsche ich, dass ...

A. ... sofort Wiederbelebensmaßnahmen begonnen werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... über die 112 Rettungsdienst und/oder Notarzt verständigt werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... der Rettungsdienst beim Eintreffen unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3.5 In den oben beschriebenen Situationen wie unter 1.2 wünsche ich Beginn oder Fortführung folgender medizinischer Maßnahmen:

3.5.1 künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3.5.2 künstliche Blutwäsche (Dialyse) ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3.5.3 Gabe von Antibiotika, ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3.5.4 Gabe von Blut(bestandteilen) ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3.5.5 Einsatz von Herzschrittmacher und/oder Defibrillator ...

... für den Fall, dass dieser mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3.6 Reine Palliation statt möglicher Lebensverlängerung:

Ich möchte, dass bei den unter 3.5.1 bis 3.5.5 und allen ähnlichen geplanten Maßnahmen diese nicht zur Lebensverlängerung eingesetzt werden sollen. Ich verlange, dass auch zur Leidenslinderung andere, rein palliative Maßnahmen wie zum Beispiel die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln eingesetzt werden bis hin zu einer palliativen Sedierung.	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

4 Aufklärungsverzicht

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung auch des Bevollmächtigten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

5 Hinweis auf weitere geltende Unterlagen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

A. ... Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

6 Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und Gewebe zur Transplantation ...

A. ... nach ärztlicher Feststellung meines Todes zu:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:		
nur für folgende Organe/Gewebe:		

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden unumkehrbarem Ausfall wesentlicher Hirnfunktionen als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht/ gehen vor die ...

B. ... von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... Bestimmungen in meiner Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

7 Widerrufsmöglichkeit

Mir ist die jederzeitige Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.	<input type="checkbox"/> Ja
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

8 Aussagen zu Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf der Patientenverfügung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) soll(en) dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollten Arzt/Ärztin oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter/meiner Vertreterin erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und **Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind**, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: **meiner/meinem ... (Alternativen)**

<input type="checkbox"/> A. ... Bevollmächtigte/n, bzw. BetreuerIn	<input type="checkbox"/> B. ... behandelnden Arzt/Ärztin:
<input type="checkbox"/> C. ... anderer Person:	

Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen zu der Auffassung gelangen, dass ich **entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte**, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: **meiner/meinem ... (Alternativen)**

<input type="checkbox"/> A. ... Bevollmächtigte/n, bzw. BetreuerIn	<input type="checkbox"/> B. ... behandelnden Arzt/Ärztin:
<input type="checkbox"/> C. ... anderer Person:	

9 Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informieren und beraten lassen von...

10 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau wurde von mir heute bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt und war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

.....
Ort, Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Vertragsarztstempel

11 Geltungsdauer dieser Verfügung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe: (ich werde versuchen, künftige Änderungen oder Widerrufe möglichst schriftlich zu dokumentieren).	<input type="checkbox"/> Ja
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

12 Unterschrift

.....
Ort, Datum, Unterschrift

(Vorsorge) Vollmacht

Hiermit erteile ich als Vollmachtgeber/in ...

Name, Vorname, Geburtsdatum		(Vollmachtgeber/in)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

Vollmacht an ...

Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 1)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 2)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 3)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

Meine bevollmächtigte/n Vertrauensperson/en (im Folgenden: Sie) wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist und ich im Folgenden angekreuzt oder gesondert angegeben habe, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Sie soll meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchsetzen.

<p>Nur eine Angabe ist möglich, Nichtzutreffendes durchstreichen:</p> <p><input type="checkbox"/> Alle Vertrauenspersonen sind ein/e jede/r alleine handlungsberechtigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Vertrauensperson 1 soll die hauptbevollmächtigte Person sein, Person 2 und 3 sollen nur im Verhinderungsfall des/der Hauptbevollmächtigten tätig werden dürfen.</p>

Das Ziel dieser Vollmachtserteilung ist insbesondere die Vermeidung einer vom Gericht angeordneten Betreuung. Deshalb bleibt diese Vollmacht auch dann in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung vorübergehend oder dauerhaft geschäftsunfähig werde. Diese Vollmacht ist nur wirksam, so lange die bevollmächtigte Person das Original dieser Vollmachtsurkunde besitzt und dieses Original bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes vorlegen kann.

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~ Ja
 und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext Ja

1 Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen oder entziehen, um sie nicht fortzusetzen, auch wenn die Vornahme, das Unterlassen oder die Nicht-Fortsetzung dieser Maßnahmen mit Lebensgefahr oder dem sicheren Tod verbunden sein könnten oder ich hierdurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). ¹	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf Krankenunterlagen einsehen, deren Herausgabe an Dritte bewilligen und Kopien der Unterlagen erhalten. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. durch Bettgitter, Medikamente u. ä. in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. ²	<input type="checkbox"/> Ja

2 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.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja

3 Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

4 Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

¹ Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB)

² In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

5 Vermögenssorge

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. (Vorsicht: Haus- und Grundstücksverkäufe, z. B. zur Abdeckung von Pflegekosten, sind nicht umfasst. Hierfür bedarf diese Vollmacht zwingend der notariellen Beurkundung . ³)	<input type="checkbox"/> Ja
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

... namentlich ...

... über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen. ³	<input type="checkbox"/> Ja
... Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.	<input type="checkbox"/> Ja
... Verbindlichkeiten eingehen. ³	<input type="checkbox"/> Ja
... Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ⁴	<input type="checkbox"/> Ja
... Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	<input type="checkbox"/> Ja

6 Digitale Vorsorge / Digitales Vermächtnis

Sie darf vollumfänglich auf meine Benutzerkonten und Profile bei Internetdiensten sowie auf meine digitalen Daten im Internet, auf meiner Hardware (z. B. PC, Laptop, Tablet-PC, Smartphone) und auf jeglicher weiterer Form von Datenträgern zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert, gelöscht oder anderweitig genutzt werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen, diese anfordern sowie entsprechende Verträge kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

7 Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen – auch mit dem Service „eigenhändig“ und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	<input type="checkbox"/> Ja
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

8 Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.	<input type="checkbox"/> Ja
-----------------------------------	-----------------------------

³ Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.

⁴ Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/ Sparkasse angebotene Konto-/ Depotvollmacht zurückgreifen, die sie grundsätzlich in Ihrer Bank/ Sparkasse unterzeichnen.

9 Betreuungsverfügung

Soweit Zweifel über den Umfang dieser Vollmacht bestehen, soll diese Vollmacht in einer Weise ausgelegt werden, dass die Anordnung einer Betreuung nicht erforderlich wird. Die/der Bevollmächtigte/n soll/en alle Maßnahmen treffen und Erklärungen abgeben und Rechtshandlungen vornehmen können, die ein Betreuer, wäre er bestellt, vornehmen könnte. Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, eine oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.	<input type="checkbox"/> Ja
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

10 Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.	<input type="checkbox"/> Ja
-----------------------------------------	-----------------------------

11 Regelung der Bestattung

Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.	<input type="checkbox"/> Ja
-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

12 Insichgeschäfte

Der Bevollmächtigte ist von den Beschränkungen nach § 181 BGB (Insichgeschäfte) befreit, er darf also als mein Vertreter auch mit sich selbst einen Vertrag schließen.	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

13 Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

14 Unterschriften^{5,6}

.....
Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtgeber/in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigte/r

.....
Ort, Datum, Unterschrift, Dienstsiegel, ...
Bestätigung der Entscheidungs- und/oder
Geschäftsfähigkeit

⁵ Die Vollmacht ist ein einseitiges Rechtsgeschäft, d.h. der Bevollmächtigte muss nicht zustimmen oder die Vollmacht „annehmen“.

⁶ Manche Formen von Rechtsgeschäften (z. B. Immobiliengeschäfte, Verbraucherdarlehen, bei Handelsgewerbe, ...) bedingen als Voraussetzung eine beglaubigte Unterschrift des/ der Vollmachtgebers/-geberin oder beurkundete Vollmacht.

Betreuungsverfügung

Ich ...

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst regeln kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer/ zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

Auf keinen Fall zum Betreuer/ zur Betreuerin bestellt werden soll:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/ die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:

Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist.

Ja

Nein

1.

2.

3.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Vertreterverfügung

Hiermit verfüge ich ...

Name, Vorname (Vertretungsberechtigter)	
Anschrift	
Telefon	E-Mail

in meiner Funktion als ...

- Vorsorgebevollmächtigte/r
- Gesetzlich bestellter Betreuer/bestellte Betreuerin, bestellt am / / 20
für Gesundheitsangelegenheiten (TT/MM/JJJJ)
(im Folgenden als Vertretungsberechtigter bezeichnet)

die folgenden Festlegungen stellvertretend für ...

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift	
Telefon	E-Mail

Die von mir vertretene Person, nachfolgend als »der Betroffene« bezeichnet, ist dauerhaft nicht einwilligungsfähig aufgrund von:

(Begründung der Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen)

1 Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens

Die nachfolgenden Festlegungen erfolgen durch mich als den unterzeichnenden Vertretungsberechtigten gemäß Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a, Abs. 2 BGB) nach bestem Wissen und Gewissen auf einer oder mehreren der folgenden Grundlagen:

- Feststellung der konkret, mündlich oder schriftlich geäußerten Festlegungen des Betroffenen.
- Ableitung des (mutmaßlichen) Willens des Betroffenen durch Interpretation früherer, mündlicher oder schriftlicher, Äußerungen (z. B. allgemein gehaltene Patientenverfügung, Gespräche mit Freunden, Angehörigen, Briefe, E-Mails o. ä.).

Mutmaßlicher Wille und Behandlungswünsche des Betroffenen

Die nachfolgenden Festlegungen basieren auf den Behandlungswünschen des Betroffenen. Diese habe ich auf folgende Art ermittelt:

Auf Basis der beschriebenen Art der Ermittlung des Willens des Betroffenen habe ich stellvertretend für den Betroffenen und für die nachfolgend beschriebenen medizinischen Situationen (unter 2.) konkrete Festlegungen getroffen. Diese Vertreterverfügung wurde zudem für den Fall verfasst, dass ein Arzt/eine Ärztin eine ärztlich indizierte Maßnahme nach Absatz 3. durchführen will und ich als Vertretungsberechtigter nicht erreichbar sein sollte.

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~ Ja

und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext Nein

2 Definierte Situationen im Rahmen der Einwilligungsunfähigkeit, in denen diese Vertreterverfügung gelten soll

Diese Vertreterverfügung gilt ...

... bei chronischer Erkrankung mit Verlust der Äußerungsfähigkeit

..., weil infolge einer Gehirnschädigung des Betroffenen die Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung der Ärztinnen/Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich vollständig oder soweit verloren ist, dass ein Leben, zu dem der Betroffene sich äußern kann, nicht mehr möglich ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
..., weil der Betroffene aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage ist, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Diese Festlegungen gelten selbst dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, für jede Gehirnschädigung und unabhängig von deren Ursache. Es ist mir als Stellvertreter bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen beim Betroffenen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist.

... bei einem akuten Notfall

Für Notfälle wurde durch mich als Vertretungsberechtigten auf Basis des ermittelten Patientenwillens eine gesonderte „Verfügung für Notfälle“ erstellt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

... in der letzten Lebensphase

Weil der Betroffene sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befindet, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weil der Betroffene sich, nach ärztlicher Feststellung, aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befindet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

... in anderen Situationen

Weil der Betroffene sich in folgender Lebenslage befindet:

Kurzfristige Bewusstseinsstörungen wie eine Narkose oder ein künstliches Koma nach einer Operation sind durch die Vertreterverfügung explizit nicht erfasst.

3 Festlegungen zum Umfang lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen

Zur Beantwortung wählen Sie bitte **Punkt A** oder **C** bzw. für ausführlichere oder ergänzende Angaben **Punkt B**.

A. Ohne Einschränkung sollen alle lindernden, medizinisch möglichen und angezeigten (indizierten) Behandlungen vorgenommen werden, um das Leben des Betroffenen zu erhalten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

B. Lebensverlängernde Maßnahmen sollen nur solange erfolgen, wie der Betroffene Wohlbefinden empfindet. Im Detail wird durch mich als Vertretungsberechtigten Folgendes festgelegt:

Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation)

Gemäß dem Willen des Betroffenen soll im Fall eines Herz-Kreislaufstillstands ...

... sofort Wiederbelebensmaßnahmen begonnen werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... über die 112 Rettungsdienst und/oder Notarzt verständigt werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... der Rettungsdienst beim Eintreffen unverzüglich über die gewünschte Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr¹ ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

Gabe von Blut(bestandteilen) ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

Künstliche Blutwäsche (Dialyse, Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren) ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

Gabe von Antibiotika ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

Einsatz von Herzschrittmacher und/oder Defibrillator ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

Auch wenn der Betroffene ohne Krankenhausbehandlung höchstwahrscheinlich sterben würde, so soll er wenn irgend möglich nicht mehr in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

¹ Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranke haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten mit schwerster Hirnfehlfunktion. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

<p>C. Gemäß dem Willen des Betroffenen sollen nur lindernde Maßnahmen durchgeführt werden. Den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer zufolge, soll eine fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege vorgenommen, Hunger und Durst sollen – auch mit Hilfestellung – gestillt werden. Der Betroffene soll eine menschenwürdige Umgebung, Zuwendung, Körperpflege und Linderung von belastenden Symptomen, wie z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe, erhalten.</p>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

4 Unterschriften

Vertretungsberechtigter

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen nach bestem Wissen und Gewissen auf Basis des sorgfältig ermittelten Willens des Betroffenen getroffen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift der Vertretungsberechtigten

Qualifizierter Berater

Diese Vertreterverfügung ist das Ergebnis ausführlicher Gespräche. Dabei habe ich eine Urteilsbildung im Sinne des Betroffenen nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt. Hierzu bin ich z. B. als ACP-Berater oder für eine Beratung analog § 132g SGB V qualifiziert.

1. Gespräch

/ / 2 0 Uhr
Datum / Uhrzeit (TT/MM/JJJJ)

2. Gespräch

/ / 2 0 Uhr
Datum / Uhrzeit (TT/MM/JJJJ)

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Beraters

Ärztlicher Begleiter

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen mit dem unterzeichnenden Vertretungsberechtigten erörtert. Ich bestätige, dass der Vertretungsberechtigte bezüglich dieser Festlegungen einwilligungsfähig ist und die medizinischen Implikationen dieser Vertreterverfügung für den Betroffenen ausreichend verstanden hat. Die in dieser Vertreterverfügung niedergelegten Eckpunkte der Behandlung werde ich respektieren.

Vertragsarztstempel

.....
Ort, Datum, Unterschrift der Arzt/Ärztin

Erläuterungen

- zu 1:** Eruiierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens
In Ermangelung oder in Ergänzung einer eigenhändigen Patientenverfügung dient dieses Schriftstück der Vorsorgeplanung pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen. Es soll Pflegenden und Ärzten erleichtern, soweit als möglich im Sinne des Betroffenen zu handeln.
- zu 3:** Behandlungen von geringerer zeitlicher Dringlichkeit
Diese Festlegungen ersetzen nicht die sorgfältig abgewogene Entscheidung des Vertreters in der aktuellen Behandlungssituation. Die Vorausplanung möglicher Behandlungsfragen und Entscheidungen eröffnet dem Vertreter jedoch die Möglichkeit, häufige oder kritische Entscheidungen vorab – gemeinsam mit Pflegenden und Hausarzt – gründlich zu durchdenken und Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen aus allen verfügbaren Quellen zu ermitteln, um dann auf dieser Grundlage die aktuelle Entscheidung im Sinne des Betroffenen treffen zu können. Im Zustand der dauerhaften Entscheidungsunfähigkeit können behandelbare akute Erkrankungen oder Verschlimmerungen chronischer Krankheiten auftreten, die unbehandelt zum Tode führen. Auch die Grunderkrankung selbst (z.B. Demenz, Schlaganfälle) kann fortschreiten und zu Komplikationen führen (z. B. Schluckstörung), bei denen über eine Behandlung entschieden werden muss (z. B. Sonden-Ernährung).
- zu 4:** Unterschriften – Zustandekommen und Verbindlichkeit dieser Vertreterverfügung
Diese Vertreterverfügung ist das Ergebnis
- mindestens zweier intensiver Gespräche mit dem/der unterzeichnenden qualifizierten Berater/in
 - ggf. der Erörterung mit den unterzeichnenden Angehörigen und
 - einer abschließenden Beratung durch den unterzeichnenden Hausarzt.
- Der Unterzeichner hat dabei nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne des Betroffenen geurteilt. Über die Folgen der Festlegungen ist er sich im Klaren – insbesondere darüber, dass die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen einen Verzicht auf die Chance bedeuten kann, länger zu leben. Diese Verfügung ist für Pflegende und Ärzte verbindlich.

Untervollmacht zur Vorsorgevollmacht

Name, Vorname, Geburtsdatum des Vollmachtgebers

Anschrift

Telefon E-Mail

Hiermit erteile ich als Untervollmachtgeber/in ...

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon E-Mail

Untervollmacht an ...

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon E-Mail

Meine unterbevollmächtigte Vertrauensperson (im Folgenden: Sie) wird hiermit bevollmächtigt,

Name, Vorname des Vollmachtgebers

in allen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist und ich im Folgenden angekreuzt oder gesondert angegeben habe, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Sie soll den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchsetzen.

Das Ziel dieser Untervollmachtserteilung ist insbesondere die Vermeidung einer vom Gericht angeordneten Betreuung. Deshalb bleibt diese Untervollmacht auch dann in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung vorübergehend oder dauerhaft geschäftsunfähig werde. Diese Untervollmacht ist nur wirksam, so lange die unterbevollmächtigte Person das Original dieser Untervollmachtsurkunde besitzt und dieses Original bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes vorlegen kann.

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~ Ja

und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext Ja

1 Gesundheitssorge /Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen oder entziehen um sie nicht fortzusetzen, auch wenn die Vornahme, das Unterlassen oder die Nicht-Fortsetzung dieser Maßnahmen mit Lebensgefahr oder dem sicheren Tod verbunden sein könnten oder der/die Vollmachtgeber/in hierdurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). ¹	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf Krankenunterlagen einsehen, deren Herausgabe an Dritte bewilligen und Kopien der Unterlagen erhalten. Der Untervollmachtgeber/die Untervollmachtgeberin entbindet alle behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber seiner/ihrer unterbevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf über eine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. durch Bettgitter, Medikamente u. ä. in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zum Wohle des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin erforderlich ist. ²	<input type="checkbox"/> Ja

2 Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf den Aufenthalt des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über seine/ihre Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie seinen/ihren Haushalt auflösen.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja

3 Behörden

Sie darf den Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

4 Vertretung vor Gericht

Sie darf den Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	<input type="checkbox"/> Ja
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

1 Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einverständnis darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB)

2 In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

5 Vermögenssorge

Sie darf ...

... das Vermögen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen. (Vorsicht: Haus- und Grundstückssverkäufe, z. B. zur Abdeckung von Pflegekosten, sind nicht umfasst. Hierfür bedarf diese Vollmacht zwingend der notariellen Beurkundung . ³)	<input type="checkbox"/> Ja
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

... namentlich ...

... über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen. ³	<input type="checkbox"/> Ja
----------------------------------------------------------------	-----------------------------

... Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.	<input type="checkbox"/> Ja
---------------------------------------------	-----------------------------

... Verbindlichkeiten eingehen. ³	<input type="checkbox"/> Ja
----------------------------------------------	-----------------------------

... Willenserklärungen bezüglich der Konten, Depots und Safes des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ⁴	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

... Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	<input type="checkbox"/> Ja
--------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

6 Digitale Vorsorge/Digitales Vermächtnis

Sie darf vollumfänglich auf die Benutzerkonten und Profile der Benutzerkonten des Vollmachtgebers/ der Vollmachtgeberin bei Internetdiensten sowie auf seine/ihre digitalen Daten im Internet, auf die Hardware (z. B. PC, Laptop, Tablet-PC, Smartphone) und auf jeglicher weiterer Form von Datenträgern zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert, gelöscht oder anderweitig genutzt werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen, diese anfordern sowie entsprechende Verträge kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

7 Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für den/die Vollmachtgeber/in bestimmte Post entgegennehmen – auch mit dem Service „eigenhändig“ und öffnen so wie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

8 Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.	<input type="checkbox"/> Ja
-----------------------------------	-----------------------------

³ Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.

⁴ Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen, die sie grundsätzlich in Ihrer Bank/Sparkasse unterzeichnen.

9 Betreuungsverfügung

Soweit Zweifel über den Umfang dieser Vollmacht bestehen, soll diese Vollmacht in einer Weise ausgelegt werden, dass die Anordnung einer Betreuung nicht erforderlich wird. Die/der Unterbevollmächtigte/n soll/en alle Maßnahmen treffen und Erklärungen abgeben und Rechtshandlungen vornehmen können, die ein Betreuer, wäre er bestellt, vornehmen könnte. Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, eine oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.	<input type="checkbox"/> Ja
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

10 Geltung über den Tod hinaus

Die Untervollmacht gilt über den Tod hinaus.	<input type="checkbox"/> Ja
----------------------------------------------	-----------------------------

11 Regelung der Bestattung

Ich will, dass die unterbevollmächtigte Person die Bestattung nach den Wünschen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin regelt.	<input type="checkbox"/> Ja
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

12 Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

13 Unterschriften^{5, 6}

.....
Ort, Datum, Unterschrift Untervollmachtgeber/in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Unterbevollmächtigte/r

.....
Ort, Datum, Unterschrift, Dienstsiegel, ...
Bestätigung der Entscheidungs- und/oder
Geschäftsfähigkeit

5 Die Vollmacht ist ein einseitiges Rechtsgeschäft, d.h. der Bevollmächtigte muss nicht zustimmen oder die Vollmacht „annehmen“.

6 Manche Formen von Rechtsgeschäften (z. B. Immobiliengeschäfte, Verbraucherdarlehen, bei Handelsgewerbe, ...) bedingen als Voraussetzung eine beglaubigte Unterschrift des/ der Vollmachtgebers/ -geberin oder beurkundete Vollmacht.



ORGANSPENDEAUSWEIS

nach §2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon-Nr.

Im Notfall kontaktieren Sie ...

Name, Vorname

Anschrift

Telefon-Nr.

Ich habe eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht.

Weitere Informationen erhalten Sie
telefonisch unter +49 (0)661/4804 9797
oder per Email unter info@PalliativStiftung.de.

WWW.
CHARTA-FUER-
STERBENDE.DE
Wir
unterstützen
die Charta

NICHTZUTREFFENDES BITTE STREICHEN

◀ hier knicken, sodass die Falzlinie sich außen befindet



Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/
Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

Ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines
oder Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

Ja, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder

Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder

Nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder
oder Geweben.

Über **Ja** oder **Nein** soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname
Anschrift
Telefon-Nr.

.....
Ort, Datum, Unterschrift Organspender/in

NICHTZUTREFFENDES BITTE STREICHEN

Die Palliativ-Ampel 2.2

Stand 22.04.2020

Aus der täglichen Arbeit wurde gemeinsam mit Pflegeeinrichtungen ein Ampelsystem entwickelt. Den **Patientenwillen** zu erkennen ist immer sinnvoll, jetzt in einer möglichen Krise aber von herausragender Bedeutung, **damit die Patienten so versorgt werden, wie sie es wollen!**

In Notsituationen, wenn die Zeit läuft, wissen Entscheider mit der Palliativ-Ampel schnell was gewünscht wird und können effektiv dem Patienten diese Hilfe bieten.

Das Prinzip ist so einfach wie möglich. Die vorgeschlagene Ampel besteht aus einem

- **Infoplakat** für die Pflegestützpunkte
- **patientenbezogenem Hinweisblatt** zur schnellen Orientierung für das Patientenzimmer (z. B. auf die Innenseite einer Schranktüre kleben).

Die Ampel hat einen eindeutigen Symbolcharakter.

In einem Notfall kann man bei jedem auch unbekanntem Patienten auf einen Blick die notwendigen, bzw. erwünschten Erstmaßnahmen erfassen. Von **grün für „Freie Fahrt“ oder „Volles Programm“ über gelb, „erst Handeln, dann schnell orientieren“, was gewünscht ist, bis rot „bitte Innehalten, primäres Ziel ist die reine Linderung“.**

Grün heißt zwar „Freie Fahrt“, doch sind die Begleitumstände sorgfältig zu prüfen.

Mit der Palliativ-Ampel wird im Notfall eine belastende Suche in den Akten vermieden und Handlungen gegen Patientenwillen verhindert.

Mit dem Ampel-System ist im Idealfall eine Schulung aller Mitarbeiter verbunden. Üblich ist eine schriftliche Information und eine kurze Präsenzveranstaltung. Wegen der COVID-19-Problematik geht dies leider nicht.

Darum stellen wir online-Schulungen zur Verfügung und sind für Nachfragen per Mail und Mobiltelefon erreichbar.

Auch bieten wir an, mit Experten und unter Beachtung aller Hygienevorschriften mit Ihnen zusammen die Patientenakten durchsehen, wenn Sie es wünschen.

Direkte Kontakte mit den Bewohnern sollten weiterhin so weit wie möglich zu deren Schutz vermieden werden.

Die Palliativ-Ampel 2.2

Stand 22.04.2020

Patientenverfügung	ja	nein	überarbeiten
Vorsorgevollmacht	ja	nein	überarbeiten
Gerichtliche Betreuung	ja	nein	
Name, Mobilnummer Betreuer/Bevollmächtigter			

PATIENT Name

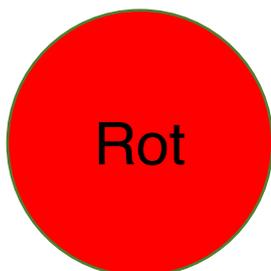
.....

Geburtsdatum

.....

Zimmernummer

Rot („Halt! Erst nachdenken, nachlesen, dann handeln.“)



Therapieziel: Symptomlinderung:

Ausreichende Schmerztherapie,
Linderung von Unruhe, Angst, Atemnot usw.
Keine Krankenhauseinweisung

.....

Gelb („Behandlung einfach zu erreichender Ziele“)



**Therapie gut/einfach zu erreichender
Zustände und Erkrankungen mit**

- Flüssigkeit/Nahrung PEG/PEJ ja nein
- Flüssigkeit/Nahrung s.c. i.v. ja nein
- Antibiotika ja nein
- Blut(-bestandteile) ja nein
- Dialyse ja nein
- Beatmung ja nein
- Reanimation ja nein
- Herzschrittmacher/Defibrillator ja nein

.....

Grün („Indizierte maximale Therapie sofort gewünscht“)



Therapieziel:

Uneingeschränkte Maximaltherapie
Ambulant oder stationär

Ort, Datum, Unterschrift (z. B. Patient, Bevollmächtigter, Arzt, ...)