

VBE-Ratgeber

Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Erklärung zur Organspende

Ein Service der VBE-Bundesseniorenvertretung



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

als Solidargemeinschaft ist der VBE bestrebt, seinen Mitgliedern einen umfassenden Service zu bieten. Deshalb ermuntert Sie unser Verband bereits seit vielen Jahren, eine adäquate Vorsorge für den Ernstfall zu treffen und bietet Ihnen über die VBE-Bundesseniorenvertretung dazu auch die entsprechenden Unterlagen an, die wir regelmäßig aktualisieren.

Da eine Patientenverfügung oftmals über Leben und Tod entscheiden kann, wird diese Broschüre jährlich überprüft. Auch 2023 haben wir dieses Standardwerk der VBE-Bundesseniorenvertretung in Zusammenarbeit mit den Rechtsanwälten Putz, Sessel und Stedinger, einer Kanzlei für Medizinrecht, überarbeitet und auf den derzeitigen Rechtsstand gebracht.

In diesem Zusammenhang gilt mein besonderer Dank meinem Kollegen Arthur Schriml für seine engagierte und kompetente Mitarbeit.

Die alten Formulare sind deshalb nicht ungültig. Die aktuellen Vordrucke bringen nur noch mehr Rechtssicherheit. Es wäre deshalb sinnvoll, sie zu ersetzen.

Darauf hinweisen möchten wir noch, dass in allen Fällen der freiheitsberaubenden Maßnahmen zusätzlich zur Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen muss.

Ihr

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Max Schindlbeck'. The signature is written in a cursive style.

Max Schindlbeck
VBE Bundesseniorensprecher

Berlin, den 01.09.2023

Wir sind recht froh darüber, in den Rechtsanwälten Putz, Sessel und Steldinger, der Kanzlei für Medizinrecht, die derzeit zweifellos kompetentesten Berater im Hinblick auf die hier aufgezeigte Vorsorgeproblematik an der Hand zu haben.

Wir sind den Anwälten sehr dankbar für die Genehmigung, ihre Ausführungen und ihre Formulare verwenden zu dürfen, die Sie hier nachfolgend finden:

Informationen zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Wir legen Ihnen hiermit drei Formulare vor, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht sowie eine Erklärung zur Organspende. Ferner erhalten Sie vier 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.

Die Rechtsanwälte unserer Kanzlei bringen 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 Entscheidung 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 (siehe unten). Wenn Sie jedoch die anliegenden Texte und ggf. ergänzende persönliche Zusätze bei einem Notar beurkunden lassen, dann hat dies auch den Vorteil, dass sich jeder Notar pflichtgemäß von Ihrer Einsichts- und Geschäftsfähigkeit überzeugt. Dies ist aber auch mit einem aktuellen Arztattest zu belegen.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Verfügung 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. Textblöcke, 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, zum Beispiel mit Beatmung oder mit einer Magensonde durch die Bauchdecke, zuweilen über viele Jahre, verlängert. Widerspricht dies Ihrem in der Patientenverfügung erklärten Willen, muss zum Beispiel durch die Beendigung der Sondenernährung oder der künstlichen Beatmung das Sterben zugelassen werden. Dies bedeutet jedoch **kein 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 und Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) bietet unsere Kanzlei 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, und anderes. 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 Bedingungen 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).

Sie bestimmen durch Ankreuzen der Kästchen den Umfang der Vollmacht. Vollmachtserteilung ist keine Entmündigung!

Ihr Bevollmächtigter muss Sie nach Ihrem Willen vertreten, zum Beispiel 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 (zum Beispiel 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:

- Erklärungen gegenüber dem Handelsregister
- Erklärungen gegenüber dem Grundbuchamt, wie bei dem Erwerb, der Veräußerung oder der Belastung einer Immobilie
- Erklärung einer Erbausschlagung
- Erklärungen gegenüber der Fahrzeugzulassungsbehörde
- Beantragung eines Reisepasses oder eines Personalausweises

Die öffentliche Beglaubigung ist eine amtliche Bescheinigung der Richtigkeit einer Unterschrift. Eine öffentliche Beglaubigung kann grundsätzlich 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 Stadtverwaltung erteilt werden.

Für Erklärungen gegenüber dem Grundbuchamt, wie bei dem Erwerb, der Veräußerung oder der Belastung einer Immobilie, empfehlen wir aufgrund einer derzeitigen Rechtsunsicherheit eine notarielle Beglaubigung der Vorsorgevollmacht.

Achtung: Banken verlangen in der Regel eine Vollmachtserteilung vor Ort auf bankeigenen Vordrucken. Einige Behörden akzeptieren eine Vorsorgevollmacht nur dann, wenn bei Vollmachtvorlage aktuell eine Handlungs- oder Einwilligungsfähigkeit vorliegt und diese ärztlich nachgewiesen ist.

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 Gesundheitsorge. 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.

Zur weiteren Information empfehlen wir unser Buch „Patientenrechte am Ende des Lebens“, Beck-Rechtsberater im dtv

Putz • Sessel • Steldinger
Rechtsanwälte • Kanzlei für Medizinrecht
Quagliostraße 7 · 81543 München · Telefon 089 652007 · Fax 089 659989
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

Nachdrucken oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt.

(April 2021)

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

und

Erklärung zur Organspende

Stand: 01.08.2023

Vorsorgevollmacht

Ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsname)

.....
(Vollmachtgeber/in)

.....
(Geburtsdatum, Geburtsort)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, 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, Geburtsname)

.....
(Vollmachtnehmer/in)

.....
(Geburtsdatum, Geburtsort)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, Fax, E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit „Ja“ angekreuzt habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden, weshalb die Vollmacht in Kraft bleibt, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.

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

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum
Bitte auch diese Seite unterschreiben

1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

Ja Nein

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 (§ 1829 Abs. 1 BGB).¹
- 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 (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen, wie zum Beispiel künstlicher Ernährung oder künstlicher Beatmung, erteilen.¹
- 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 mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. privatärztlichen Verrechnungsstellen von deren Schweigepflicht entbinden.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (zum Beispiel Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen Interesse ist.²

2. 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.

3. Post und Telekommunikation

Ja Nein

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch Einschreiben mit dem Vermerk „eigenhändig/persönlich“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messengerdiensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (zum Beispiel Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

4. Digitale Medien

Ja Nein

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), 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.

1 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 (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

2 In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2, 4 und 5 BGB).

Unterschrift
Ort, Datum
Bitte auch diese Seite unterschreiben

5. 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.

6. 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,
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen)

Befreiung vom Verbot des § 181 BGB

Ja Nein

Die bevollmächtigte Person ist vom gesetzlichen Verbot des § 181 BGB („Insichgeschäft“) befreit.
(Bitte beachten Sie hierzu die Erläuterungen bei den „Informationen zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht“).

Regelung der Bestattung

Ja Nein

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

Betreuungsverfügung

Ja Nein

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein soll, 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 bei den „Informationen zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht“.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)

**Putz • Sessel • Soukup • Steldinger
Rechtsanwälte • Kanzlei für Medizinrecht**

Partnerschaftsgesellschaft von Rechtsanwälten mbH – AG München PR 689
Uhlandstrasse 5 • 80336 München • Telefon 089/ 1894 739-0 • Fax 089/1894 739-200
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

(August 2023)

Nachdrucken oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt.

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,

.....
Name, Vorname, Geburtsname

geboren am in

wohnhaft in

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

Zutreffendes habe ich hier angekreuzt:

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Sie können zusätzlich die Textpassagen, die für Sie nicht gelten sollen, streichen)

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/>
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, zum Beispiel durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, zum Beispiel 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.	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (zum Beispiel bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.	<input type="checkbox"/>

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

.....
Unterschrift

.....
Bitte auch diese Seite unterschreiben.
Ort, Datum

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.

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.

Wiederbelebungsmaßnahmen

Insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (zum Beispiel 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.**

Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren.

4. Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (zum Beispiel Demenz)

Sie können diese Regelung schon jetzt rein vorsorglich treffen, ohne dass Sie derzeit schon die Diagnose einer solchen Krankheit haben. Alternativ können Sie die Regelung bis zur Feststellung einer solchen Diagnose zurückstellen. In jedem Fall wird der/die Bevollmächtigte entscheiden müssen, ob der Zeitpunkt der Umsetzung der nachfolgenden Regelungen nach Ihrem Willen schon 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 wollen).

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.

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

.....
Unterschrift
.....
Ort, Datum
.....
Bitte auch diese Seite unterschreiben

5. 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)

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

.....
.....

Datum, 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:

Arzt/Ärztin meines Vertrauens ist:

.....

Anschrift, Telefon, Fax

.....

8. 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.

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

.....
Unterschrift
.....
.....
Bitte auch diese Seite unterschreiben
.....
Ort, Datum

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

8. b) Hinweis für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung (alternativ a)

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.



Raum für persönliche Erklärungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Unterschrift

Diese Patientenverfügung ist nach den § 1827 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 (§ 1829 BGB). Wer gegen diese Patientenverfügung verstößt, kann zu Schadensersatz- und Schmerzensgeldzahlung verpflichtet werden (BVerfG vom 7.4.2022, 1BvR 1187/19).

**Putz • Sessel • Soukup • Steldinger
Rechtsanwälte • Kanzlei für Medizinrecht**

Partnerschaftsgesellschaft von Rechtsanwälten mbH – AG München PR 689
Uhlandstrasse 5 • 80336 München • Telefon 089/ 1894 739-0 • Fax 089/1894 739-200
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

(August 2023)

Nachdrucken oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt.

Bitte auch diese Seite unterschreiben.....
Ort, Datum

ERKLÄRUNG ZUR ORGANSPENDE

Ich
(Name, Vorname, Geburtsname)

.....
(Geburtsdatum, Geburtsort, 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 Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (ca. 72 Stunden) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind. Entsprechendes soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) in wenigen Tagen eintreten wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Phase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

..... den
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Putz • Sessel • Soukup • Steldinger
Rechtsanwälte • Kanzlei für Medizinrecht

Partnerschaftsgesellschaft von Rechtsanwälten mbH – AG München PR 689
Umlandstrasse 5 • 80336 München • Telefon 089/ 1894 739-0 • Fax 089/1894 739-200
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

(August 2023)

Nachdrucken oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt.

<p><i>Bitte ausschneiden und in Handtasche/Brieftasche/ Geldbörse aufbewahren</i></p>	<p><i>Bitte ausschneiden und in Handtasche/Brieftasche/ Geldbörse aufbewahren</i></p>
<p>Hinweis auf meine Vorsorgevollmacht sowie meine Patientenverfügung:</p> <p>Für den Fall, dass ich</p> <p>..... (Vor- und Zuname)</p> <p>..... (Adresse)</p> <p>aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsstrübung, durch eine Krankheit, durch Unfall oder durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen oder bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.</p> <p>Name:</p> <p>.....</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Tel.</p>	<p>Hinweis auf meine Vorsorgevollmacht sowie meine Patientenverfügung:</p> <p>Für den Fall, dass ich</p> <p>..... (Vor- und Zuname)</p> <p>..... (Adresse)</p> <p>aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsstrübung, durch eine Krankheit, durch Unfall oder durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen oder bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.</p> <p>Name:</p> <p>.....</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Tel.</p>
<p><i>Bitte ausschneiden und in Handtasche/Brieftasche/ Geldbörse aufbewahren</i></p>	<p><i>Bitte ausschneiden und in Handtasche/Brieftasche/ Geldbörse aufbewahren</i></p>
<p>Hinweis auf meine Vorsorgevollmacht sowie meine Patientenverfügung:</p> <p>Für den Fall, dass ich</p> <p>..... (Vor- und Zuname)</p> <p>..... (Adresse)</p> <p>aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsstrübung, durch eine Krankheit, durch Unfall oder durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen oder bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.</p> <p>Name:</p> <p>.....</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Tel.</p>	<p>Hinweis auf meine Vorsorgevollmacht sowie meine Patientenverfügung:</p> <p>Für den Fall, dass ich</p> <p>..... (Vor- und Zuname)</p> <p>..... (Adresse)</p> <p>aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsstrübung, durch eine Krankheit, durch Unfall oder durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen oder bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.</p> <p>Name:</p> <p>.....</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Tel.</p>

**Vordrucke für den Ehegatten/Lebensgefährten
bzw. Kopiervorlage**

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung

und

**Erklärung zur
Organspende**

Vorsorgevollmacht

Ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsname)

.....
(Vollmachtgeber/in)

.....
(Geburtsdatum, Geburtsort)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, 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, Geburtsname)

.....
(Vollmachtnehmer/in)

.....
(Geburtsdatum, Geburtsort)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, Fax, E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit „Ja“ angekreuzt habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden, weshalb die Vollmacht in Kraft bleibt, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.

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

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

Bitte auch diese Seite unterschreiben

1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

Ja Nein

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 (§ 1829 Abs. 1 BGB).¹
- 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 (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen, wie zum Beispiel künstlicher Ernährung oder künstlicher Beatmung, erteilen.¹
- 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 mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. privatärztlichen Verrechnungsstellen von deren Schweigepflicht entbinden.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (zum Beispiel Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen Interesse ist.²

2. 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.

3. Post und Telekommunikation

Ja Nein

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch Einschreiben mit dem Vermerk „eigenhändig/persönlich“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messengerdiensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (zum Beispiel Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

4. Digitale Medien

Ja Nein

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), 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.

1 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 (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

2 In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2, 4 und 5 BGB).

Unterschrift
Ort, Datum
Bitte auch diese Seite unterschreiben

5. 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.

6. 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,
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen)

Befreiung vom Verbot des § 181 BGB

Ja Nein

Die bevollmächtigte Person ist vom gesetzlichen Verbot des § 181 BGB („Insichgeschäft“) befreit.
(Bitte beachten Sie hierzu die Erläuterungen bei den „Informationen zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht“).

Regelung der Bestattung

Ja Nein

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

Betreuungsverfügung

Ja Nein

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein soll, 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 bei den „Informationen zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht“.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)

**Putz • Sessel • Soukup • Steldinger
Rechtsanwälte • Kanzlei für Medizinrecht**

Partnerschaftsgesellschaft von Rechtsanwälten mbH – AG München PR 689
Uhlandstrasse 5 • 80336 München • Telefon 089/ 1894 739-0 • Fax 089/1894 739-200
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

(August 2023)

Nachdrucken oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt.

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,

.....
 Name, Vorname, Geburtsname

geboren am in

wohnhaft in

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

**Zutreffendes habe ich
 hier angekreuzt:**

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Sie können zusätzlich die Textpassagen,
 die für Sie nicht gelten sollen, streichen)

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/>
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, zum Beispiel durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, zum Beispiel 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.	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (zum Beispiel bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.	<input type="checkbox"/>

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

.....
 Unterschrift

 Bitte auch diese Seite unterschreiben.....
 Ort, Datum

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.

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.

Wiederbelebungsmaßnahmen

Insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (zum Beispiel 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.**

Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren.

4. Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (zum Beispiel Demenz)

Sie können diese Regelung schon jetzt rein vorsorglich treffen, ohne dass Sie derzeit schon die Diagnose einer solchen Krankheit haben. Alternativ können Sie die Regelung bis zur Feststellung einer solchen Diagnose zurückstellen. In jedem Fall wird der/die Bevollmächtigte entscheiden müssen, ob der Zeitpunkt der Umsetzung der nachfolgenden Regelungen nach Ihrem Willen schon 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 wollen).

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.

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

.....
 Unterschrift

 Ort, Datum

Bitte auch diese Seite unterschreiben

5. 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)

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

.....
.....

Datum, 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:

Arzt/Ärztin meines Vertrauens ist:

.....

Anschrift, Telefon, Fax

.....

8. 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.

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

.....
Unterschrift
.....
.....
Bitte auch diese Seite unterschreiben
Ort, Datum

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

Name:

Anschrift:

Telefon:.....

8. b) Hinweis für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung (alternativ a)

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.



Raum für persönliche Erklärungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Unterschrift

Diese Patientenverfügung ist nach den § 1827 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 (§ 1829 BGB). Wer gegen diese Patientenverfügung verstößt, kann zu Schadensersatz- und Schmerzensgeldzahlung verpflichtet werden (BVerfG vom 7.4.2022, 1BvR 1187/19).

**Putz • Sessel • Soukup • Steldinger
Rechtsanwälte • Kanzlei für Medizinrecht**

Partnerschaftsgesellschaft von Rechtsanwälten mbH – AG München PR 689
Uhlandstrasse 5 • 80336 München • Telefon 089/ 1894 739-0 • Fax 089/1894 739-200
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

(August 2023)

Nachdrucken oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt.

Bitte auch diese Seite unterschreiben.....
Ort, Datum

ERKLÄRUNG ZUR ORGANSPENDE

Ich
(Name, Vorname, Geburtsname)

.....
(Geburtsdatum, Geburtsort, 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 Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (ca. 72 Stunden) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind. Entsprechendes soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) in wenigen Tagen eintreten wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Phase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

..... den
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Putz • Sessel • Soukup • Steldinger
Rechtsanwälte • Kanzlei für Medizinrecht

Partnerschaftsgesellschaft von Rechtsanwälten mbH – AG München PR 689
Uhlandstrasse 5 • 80336 München • Telefon 089/ 1894 739-0 • Fax 089/1894 739-200
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

(August 2023)

Nachdrucken oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt.

<p><i>Bitte ausschneiden und in Handtasche/Brieftasche/ Geldbörse aufbewahren</i></p>	<p><i>Bitte ausschneiden und in Handtasche/Brieftasche/ Geldbörse aufbewahren</i></p>
<p>Hinweis auf meine Vorsorgevollmacht sowie meine Patientenverfügung:</p> <p>Für den Fall, dass ich</p> <p>..... (Vor- und Zuname)</p> <p>..... (Adresse)</p> <p>aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsstrübung, durch eine Krankheit, durch Unfall oder durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen oder bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.</p> <p>Name:</p> <p>.....</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Tel.</p>	<p>Hinweis auf meine Vorsorgevollmacht sowie meine Patientenverfügung:</p> <p>Für den Fall, dass ich</p> <p>..... (Vor- und Zuname)</p> <p>..... (Adresse)</p> <p>aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsstrübung, durch eine Krankheit, durch Unfall oder durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen oder bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.</p> <p>Name:</p> <p>.....</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Tel.</p>
<p><i>Bitte ausschneiden und in Handtasche/Brieftasche/ Geldbörse aufbewahren</i></p>	<p><i>Bitte ausschneiden und in Handtasche/Brieftasche/ Geldbörse aufbewahren</i></p>
<p>Hinweis auf meine Vorsorgevollmacht sowie meine Patientenverfügung:</p> <p>Für den Fall, dass ich</p> <p>..... (Vor- und Zuname)</p> <p>..... (Adresse)</p> <p>aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsstrübung, durch eine Krankheit, durch Unfall oder durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen oder bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.</p> <p>Name:</p> <p>.....</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Tel.</p>	<p>Hinweis auf meine Vorsorgevollmacht sowie meine Patientenverfügung:</p> <p>Für den Fall, dass ich</p> <p>..... (Vor- und Zuname)</p> <p>..... (Adresse)</p> <p>aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Bewusstseinsstrübung, durch eine Krankheit, durch Unfall oder durch sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung bei meinen persönlichen Unterlagen oder bei meiner Vertrauensperson hinterlegt.</p> <p>Name:</p> <p>.....</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Tel.</p>