

DIE VORSORGEN! MAPPE

STAND ENTSPRICHT DER
RECHTSLAGE 2023

INKLUSIVE ERKLÄRUNGEN ZUR
EHEGATTENNOTVERTRETUNG



-
- PALLIATIV-AMPEL
 - (VORSORGE)VOLLMACHT
 - PATIENTENVERFÜGUNG
 - UNTERVOLLMACHT
 - VERTRETERVERFÜGUNG
 - BETREUUNGSVERFÜGUNG
 - BESTATTUNGSVERFÜGUNG
 - MEINE WERTVORSTELLUNGEN
-

www.palliativstiftung.com



WWW.
CHARTA-FUER-
STERBENDE.DE

*Wir
unterstützen
die Charta*

Wie oft hören wir den Satz, „... da soll es doch so eine Vollmacht geben ...“ Irgendwo haben wir davon gehört, es dann wieder verdrängt, aber es geht uns doch nicht aus dem 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 meinen Willen, meine Wertvorstellungen bei schwerer Krankheit durchsetzen?

Fragen über Fragen, die Sie mit Hilfe dieser Vorsorgemappe selbst beantworten können. Die Deutsche Palliativ Stiftung 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 die Deutsche PalliativStiftung 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 zuteilwird, 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 Mensch kann in eine Situation geraten, die Hilfe notwendig macht.

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



Dr. med. 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 zu treffen durch die Erstellung einer Patientenverfügung, (Vorsorge-)Vollmacht oder auch Betreuungsverfügung.

Langfristig helfen durch Stiften oder Vererben

Mancher kommt im Laufe seines Lebens irgendwann in die angenehme finanzielle Situation, dass er seine persönlichen Bedürfnisse ohne Sorgen stillen kann. Dann stellt sich häufig die Frage: Wie kann ich mit dem, was ich übrig habe, etwas Sinnvolles machen? Etwas, das langfristig bleibt, das nachwirkt, selbst dann noch, wenn ich selbst nicht mehr bin. Die persönlichen Motive können pragmatisch, visionär oder wohlütig sein. Das deutsche Recht bietet vielfältige Möglichkeiten, sein Vermögen oder einen Teil davon für diese Motive einzusetzen: Sie reichen von Spenden über Zustiftung, Stiftungsfonds, Stiftungsdarlehen oder eigene Stiftung bis hin zum Vererben.

Hier können Sie sich bei Fragen auch gerne an die PalliativStiftung oder unseren Partner, das Deutsche Stiftungswerk wenden (www.stiftungswerk.org).

Spende

Eine Spende eignet sich für Menschen, die Geldmittel übrig haben und für einen guten Zweck ausgeben, spenden möchten. Egal – ob ein großer oder kleiner Betrag – Spenden können viel Gutes bewirken. Bei einer Spende handelt es sich um eine freiwillige, unentgeltliche Zuwendung an eine als gemeinnützig anerkannte Körperschaft. Die Zuwendung kann der Spender an einen bestimmten Zweck binden, z. B. für ein bestimmtes Teilprojekt. 20 % der Gesamteinkünfte eines Spenders sind als Spende steuerlich absetzbar. Abziehbare Sonderausgaben, die den Höchstbetrag von 20 % überschreiten oder im Jahr der Zuwendung nicht berücksichtigt werden können, können im Rahmen der Höchstbeträge in den folgenden Jahren als Sonderausgaben abgezogen werden. (2007 wurde das Einkommensteuergesetz (EStG) dahingehend verändert, dass es keine unterschiedlichen Prozentsätze (5 und 10 %) mehr für Spendenabzüge gibt.)

Zustiftung

Wer mit einer höheren Geldsumme eine bestimmte Arbeit langfristig sichern möchte und genau weiß, für welche Zwecke sie eingesetzt werden soll, für den eignet sich das Instrument der Stiftung. Dabei muss man aber nicht gleich mit großem Zeitaufwand eine eigene Stiftung gründen. Man kann sein Geld auch einer bereits bestehenden Stiftung zur Verfügung stellen. Diese sogenannte Zustiftung fließt dann in das Stiftungskapital mit ein. Aus der Zustiftung erwirtschaftete Zinsen können für Projekte und Aufgaben der Stiftung eingesetzt werden. Das zugestiftete Kapital selbst bleibt erhalten. Dies ist der wesentliche Unterschied zur Spende. Seit 2007 sind Zustiftungen zu bereits bestehenden Stiftungen bis zum Höchstbetrag von 1 Million Euro steuerbegünstigt. Der Betrag kann auf zehn Jahre verteilt als Sonderausgabe geltend gemacht werden.

Stiftungsfonds

Der Stiftungsfonds ist eine Art Zustiftung, der innerhalb einer bereits bestehenden Stiftung separat geführt wird und auch einen eigenen Namen haben kann. Ein Fonds kann sowohl als Zuwendung zu Lebzeiten als auch aufgrund testamentarischer Verfügung errichtet werden. Der Betrag oder Vermögensgegenstand geht in das Grundstockvermögen der bestehenden Stiftung ein. Als Teil des Grundstockvermögens ist der Fonds kein eigenes Steuersubjekt, die Stiftung hat aber die Auflage, den Fonds nachvollziehbar und fortdauernd buchungsmäßig erkennbar festzuhalten.

Der Stifter kann den Fonds zu Lebzeiten oder von Todes wegen mit weiteren Zustiftungen aufstocken. Der Stifter kann den Namen des Fonds festlegen. Die Stiftung kann aufgrund einer Vereinbarung mit dem Stifter dazu verpflichtet werden, im Rahmen der Berichterstattung den Stifter des Fonds zu nennen und so dessen gemeinwohlorientiertes Engagement in der Öffentlichkeit darzustellen. Als Teil des Grundstockvermögens dient der Fonds ausschließlich und unmittelbar der Förderung steuerbegünstigter Zwecke gemäß der Stiftungssatzung. Innerhalb dieses Rahmens ist es aber möglich, einen speziellen Fondszweck festzulegen.

Vererben

Erbschaften und Vermächtnisse haben eine große Bedeutung für die Arbeit von Stiftungen, denn gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Körperschaften sind von der Erbschaft- und Schenkungsteuer befreit (§ 13 Abs. 1 Nr. 16 b Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz).

Stiftung mit anderen als hospizlich-palliativen Zwecken

Sollten Sie sich dafür interessieren eine Stiftung mit anderen Zwecken, z. B. zur Jugendpflege, Musik, Kultur, Naturschutz oder starkem regionalen Bezug zu gründen, so können wir Ihnen eine Beratung durch das Deutsche Stiftungswerk empfehlen. www.stiftungswerk.org

Stifterdarlehen

Basis eines Stifterdarlehens ist ein üblicher Darlehensvertrag (§§ 488 ff. BGB). Der Darlehensgeber (Stifter) leiht der Stiftung (Darlehensnehmerin) einen Geldbetrag, den die Stiftung bei Fälligkeit zurückzahlt. Besonderheit des Stifterdarlehens im Gegensatz zum klassischen Darlehen ist, dass die Stiftung weder Zinsen noch Kosten bezahlt. Deshalb kann sie das Darlehen nutzen, um mit einer guten Vermögensverwaltung Erträge für die Stiftung zu erzielen. Der Vermögenswert gehört nicht zum Grundstockvermögen der Stiftung. In der Regel erhält der Darlehensgeber zur Sicherung der Rückzahlungsverpflichtung eine Bürgschaft. Zu beachten ist, dass die Stiftung dem Darlehensgeber über die entgangenen Erträge keine Zuwendungsbestätigung ausstellen darf, da der vertraglich vereinbarte Verzicht auf Zinsen nicht die Voraussetzungen einer Spende im Sinne von § 10 b EStG erfüllt. Ebenso wenig ist eine Zuwendungsbestätigung in Höhe der Darlehenssumme möglich. Widmet allerdings der Darlehensgeber das Darlehen später in eine Zustiftung um, kann er diese Zuwendung dann steuerlich geltend machen – alternativ nach § 10 b Abs. 1 oder Abs. 1 a EStG.

Hinweis für Ihr Testament

Ein Testament kann eigenhändig geschrieben oder notariell errichtet werden. Ein eigenhändiges Testament muss vollständig von Hand geschrieben und mit dem Vor- und Familiennamen unterschrieben sein. Ort und Datum sind für die Gültigkeit unbedingt erforderlich. Mögliche Änderungen und Ergänzungen müssen ebenfalls handschriftlich erfolgen.

Auch die Vollstreckung eines Testamentes sollten Sie jemandem in die Hand legen, dem Sie wirklich vertrauen. Sie können den Testamentsvollstrecker in Ihrem Testament festlegen. Die PalliativStiftung arbeitet hierzu eng mit dem Deutschen Stiftungswerk zusammen.

Quelle und weitere Informationen:

Bundesverband Deutscher Stiftungen: www.stiftungen.org

Hinweise zur Vorsorgemappe der Deutschen PalliativStiftung

Es ist noch nicht lange her, dass wir eine neue Ausgabe unserer Vorsorgeunterlagen gedruckt haben. Schon sind die gedruckten Mappen durch eine große Nachfrage vergriffen. Nun sind unsere Neuauflagen nicht „nur“ ein Nachdruck, sondern es kommt immer wieder etwas Neues dazu.

Seit dem 1. Januar 2023 ermöglicht der neue § 1358 BGB die „*Gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge*“ oder einfacher: ein Notfallvertretungsrecht für Ehegatten und eingetragene Lebenspartner, wenn es nicht schon einen (anderen) Bevollmächtigten oder Betreuer gibt. Ab einem Ereignis (etwa Unfall, Schlaganfall) kann eine solche Notfallvertretung für maximal sechs Monate geltend gemacht werden. Ein Arzt muss bestimmte Voraussetzungen bescheinigen. Zum Ausfüllen bei der PalliativStiftung: Diese finden Sie online unter www.palliativstiftung.com > Shop > Publikationen > Die VORSORGEN! Mappe

Trotzdem ist und bleibt es weiterhin dringend ratsam, in gesunden Tagen eine Vollmacht zu verfassen!

Seit Anfang 2020 hat die „Corona-Krise“ die Welt, wie wir sie kennen, doch erheblich verändert und nimmt Einfluss auf wirklich alle Bereiche unseres täglichen Lebens. Sie hat auch den Blick verändert auf den Umgang mit schwerer Krankheit besonders bei älteren und alten Menschen.

Wie möchte ich bei auswegloser Krankheit behandelt und betreut werden? Ausweglos, das kann in unabwendbarer Todesnähe sein. Ausweglos kann auch bedeuten, dass meine Hirnfunktionen schwer geschädigt sind oder immer mehr abnehmen. Es kann aber auch sein, dass ich einfach „nur“ ...

... zufrieden ein langes Leben gelebt habe.

... die eine oder andere Krankheit habe, unter der ich mehr oder weniger leide.

... sehe, dass ich mich nun für sehr kleine Chancen nicht mehr sehr anstrengen, Leiden ertragen und keine großen Risiken mehr eingehen will.

... dort bleiben, möchte wo ich bin, dort leben, auch sterben und nicht mehr in eine Klinik eingewiesen werden will.

Solche Aussagen hört man fast nie von jungen Menschen. Aber eigentlich immer wieder von hochbetagten, lebenssatten Menschen. Das muss natürlich jeder für sich ganz speziell entscheiden. Die Patientenverfügungen, wie sie üblich sind, bilden solche Wünsche nicht ab. Deswegen haben wir einige ganz entscheidende Änderungen mit einem Stab von Experten abgestimmt und in unsere Patientenverfügung eingebracht:

Einen **Punkt „E.“**, der sagt, dass diese Patientenverfügung auch in dieser Situation jetzt gelten soll und nicht nur bei unumkehrbarem Hirnschaden oder in sicherer oder unmittelbarer Todesnähe.

Einen **Punkt „2.3“** der besagt, dass ich jede weitere Krankenhausbehandlung klar ablehne.

Damit dies klar und verständlich schon auf den ersten Blick auch im Notfall gesehen werden kann, haben wir mit Experten und Praktikern aus Rettungsdienst, Notfallmedizin und Palliativversorgung die Palliativ-Ampel entwickelt, die man z. B. neben das (Pflege)Bett hängen kann.

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. Für gesundheitliche Fragen reicht die Einwilligungsfähigkeit aus.

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. Er muss also stets prüfen, was SIE ganz persönlich in der vorliegenden Situation für sich gewollt hätten und dann in Ihrem Sinne entscheiden. Praktisch sinnvoll ist es bei mehreren Bevollmächtigten meist, wenn jeder für sich alleine handlungsfähig ist.

Der Bevollmächtigte darf aber nur mit dem Original der Vollmacht tätig werden.

Auch Untervollmachten sind möglich. Hierfür haben wir für Sie ein eigenes Formular.

Bitte beachten Sie:

Bei **Immobilien**geschäften, **Handelsgewerbe**, **Verbraucherdarlehen** sind je nach Art eine **gerichtliche Beglaubigung** oder eine **notarielle Beurkundung** dieser Vollmacht notwendig.

Nach aktuellem deutschen 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 (letzte Stunden und Tage)
- das Endstadium einer unheilbaren Erkrankung (letzte Wochen und Monate)
- weit fortgeschrittene Hirnabbauprozesse, z. B. bei Demenz (immer fortschreitend, immer tödlich)
- unumkehrbare Hirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, sogenanntes (Wach-)Koma (so kann man jahre- und jahrzehntelang am Leben erhalten werden)

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 Flüssigkeits- und Nahrungsgabe, Antibiotika, Beatmung, Schrittmacher usw.).

- Besprechen Sie Ihre Wünsche und Vorstellungen mit Ihren Angehörigen und Ihrem Arzt.
- Kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen in der ausgewählten Verfügung an.
- Streichen Sie die nichtzutreffenden Kästchen sauber durch.
- Wichtig ist Ihre vollständige, eigenhändige Unterschrift mit Datumsangabe.
- In den Leerzeilen der Formulare können Sie handschriftliche Ergänzungen vornehmen.
- Für medizinische Fragen ist keine gerichtliche Beglaubigung oder notarielle Beurkundung notwendig.

Bei möglichen Zweifeln an der „Einwilligungsfähigkeit“ sollte diese von einem Facharzt oder Notar attestiert werden.

Für die Patientenverfügung sollten Sie sich Zeit lassen und bei Unklarheiten und Fragen Rat von juristisch und palliativ erfahrenen Experten suchen, die wissen, worauf es ankommt.

- Eine sinnvolle Ergänzung zur Patientenverfügung sind **Meine Wertvorstellungen**, in denen eigene Wünsche, Anliegen und Werte festgehalten werden können.

Glossar: Erklärung einiger Fachausdrücke, die im Text vorkommen

Dialyse	Blutwäsche
Defibrillator	Elektroschocker für Herzanregung
implantiert	in den Körper dauerhaft eingebaut (kann aber von außen magnetisch um- und ausgestellt werden)
i.v.	„intravenös“, Infusion oder Spritze in die Vene
Demenz	Hirnabbau mit Denkschwäche
Digitales Vermächtnis	„Alles im Internet“
palliativ	lindernd
PEG	Magensonde zur Ernährung
PEJ	Dünndarmsonde zur Ernährung
s.c.	„subcutan“, Infusion oder Spritze in die Unterhaut

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 muss die Urkunde zurückverlangt bzw. vernichtet werden.
- Rechtlich gültig sind nur die Originale.
- Hinterlegen Sie die Verfügungen im Original an einem bekannten Ort. Fertigen Sie Kopien für z. B. Bevollmächtigte, Hausarzt, Pflegeheim usw. an, damit dort schon bekannt ist, was Sie wollen und wer entscheiden darf.
- Bei der Bundesnotarkammer können die Eckdaten in einem zentralen Vorsorgeregister gegen eine Gebühr eingetragen werden. Bei diesem Register fragen die Gerichte nach, wenn eine gerichtliche Betreuung eingerichtet werden soll.

www.vorsorgeregister.de

Konto-/Depotvollmacht

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie eine Konto-/Depotvollmacht ausfüllen, denn leider akzeptieren Banken die eigentlich gültige Vollmacht auf einem Formular Dritter nicht. Recht haben heißt eben nicht zugleich Recht bekommen.

Vertreterverfügung

Sehr viele Menschen haben zu Zeiten der Einwilligungsfähigkeit keine Patientenverfügung erstellt. Gerade Pflegeeinrichtungen sind dann verunsichert. Um für die Patienten die notwendige Sicherheit herzustellen, dass sie nach ihrem Willen versorgt werden, gibt es unser Instrument der Vertreterverfügung. Hiermit kann der Bevollmächtigte oder Betreuer für den Patienten schriftlich festlegen, was er gewollt hätte und so ganz wesentliche Hilfen geben, dass der Angehörige wirklich so behandelt und begleitet wird, wie er es gewollt hätte und immer noch will.



Stand 3/2023 © www.palliativstiftung.com

Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente

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

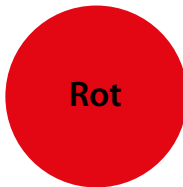
Patienten- oder Vertreterverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten
Gerichtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten
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
- Dialyse Ja Nein
- Beatmung Ja Nein
- Wiederbelebung Ja Nein
- implantiertem Herzschrittmacher/Defibrillator Ja Nein
- Bei Bedarf ist auch eine Krankenhauseinweisung gewünscht Ja Nein

Grün („Indizierte maximale Therapie sofort gewünscht“)



Therapieziel: Uneingeschränkte Maximaltherapie

Ambulant oder stationär

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

Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente

Aus der täglichen Arbeit wurde gemeinsam mit Pflegeeinrichtungen ein Ampelsystem für Pflegeeinrichtungen entwickelt, das speziell für bettlägerige oder wenig mobile Bewohner geeignet ist.

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 finden Sie auf der anderen Seite, es ist ein

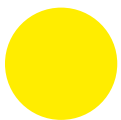
■ **patientenbezogenes Hinweisblatt** zur schnellen Orientierung

für das Patientenzimmer, das z. B. ans Bett kommt oder auf die Innenseite einer Schranktüre geklebt werden kann.

Die Ampel hat einen eindeutigen Symbolcharakter. In einem Notfall kann der Ersthelfer bei jedem auch unbekanntem Patienten auf einen Blick die notwendigen, bzw. erwünschten Erstmaßnahmen erfassen. Von:



rot für „bitte Innehalten, primäres Ziel ist die reine Linderung“.



gelb für „erst Handeln, dann schnell orientieren“, was gewünscht ist.



grün für „Freie Fahrt“ oder „Volles Programm“.

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, Übertherapie, Fehltherapie und (Be)Handlungen gegen den in der Patientenverfügung dokumentierten Willen verhindert.

Wird bei der umseitigen Palliativ-Ampel auch das Hinweisfeld über der Ampel sorgfältig ausgefüllt, so hat man in einer Pflegeeinrichtung für jeden Bewohner eine gute Übersicht verfügbar, ob die üblichen und sinnvollen Vorsorgedokumente vorhanden sind und besonders auch, ob sie (wieder) einmal überdacht, ergänzt, erneuert werden sollten.

(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.

Nur eine Angabe ist möglich, Nichtzutreffendes durchstreichen:

- Alle Vertrauenspersonen sind ein/e jede/r alleine handlungsberechtigt.
- Vertrauensperson 1 soll die hauptbevollmächtigte Person sein, Person 2 und 3 sollen nur im Verhinderungsfall des/der Hauptbevollmächtigten tätig werden dürfen.

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. Gesundheitspflege / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 (§ 1829 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 (§ 1831 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1832 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. durch Bettgitter, Medikamente u. ä. in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 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 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 (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB)

² In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2, 4 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.

1. Willenserklärung

1.1 Ich ...

Name, Vorname, Geburtsdatum

(Vollmachtgeber/in)

Anschrift

Telefon

E-Mail

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:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

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 oder 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 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 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: <input type="text"/>	

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: <input type="text"/>	

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

Untervollmacht zur (Vorsorge)Vollmacht

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 (§ 1831 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 (§ 1832 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1832 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. durch Bettgitter, Medikamente u. ä. in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1832 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 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 (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB)

² In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2, 4 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 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 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.

Hiermit verfüge ich ...

Name, Vorname (Vertretungsberechtigter)	
Anschrift	
Telefon	E-Mail

in meiner Funktion als ...

- Vorsorgebevollmächtigte/r
- Gesetzlich bestellter Betreuer/bestellte Betreuerin, bestellt am / / 2 0
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. Feststellen des (mutmaßlichen) Patientenwillens

Die nachfolgenden Festlegungen erfolgen durch mich als den unterzeichnenden Vertretungsberechtigten gemäß BGB § 1827 Patientenverfügung; Behandlungswünsche 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 verständlich 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

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. 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 Kenntnis des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

C. 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 des Willens des Betroffenen soll im Fall eines Herz-Kreislaufstillstands ...

... sofort mit Wiederbelebungsmaßnahmen 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 unverzüglich über die gewünschte Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe ist gemäß des Willens des Betroffenen ...

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

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr¹ ist gemäß des Willens des Betroffenen ...

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

Gabe von Blut(bestandteilen) ist gemäß des Willens des Betroffenen ...

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

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

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

Gabe von Antibiotika ist gemäß des Willens des Betroffenen ...

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

Einsatz von Herzschrittmacher und/oder Defibrillator ist gemäß des Willens des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntnis 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.

D. Gemäß des Willens 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.

Ja

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.

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

Vertragsarztstempel

Erläuterungen

zu 1: Eruierung 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.

**Nicht Zutreffendes streichen
und Zutreffendes ankreuzen**

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 betreiben 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

Bestattungsverfügung

Hiermit bestimme ich

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

für den Fall, dass ich gestorben bin, nachfolgend genannte Person für die Regelung meiner Trauerfeierlichkeiten, Beisetzung und Grabpflege:

1. Erdbestattung oder Feuerbestattung?

<input type="checkbox"/>	Erde/Sarg	Mein Körper wird im Sarg in der Erde beigesetzt und zerfällt allmählich. Nach der Ruhefrist sind vom zersetzten Körper noch Reste erhalten, die in aller Regel im Grab verbleiben und bei einer Neubelegung tiefer gebettet werden.
<input type="checkbox"/>	Feuer/Urne	Mein Leib wird im Sarg bei hohen Temperaturen verbrannt. Ein Teil entweicht durch den Rauch in die Außenluft. Asche und unverbrennbare Teile wie Gelenkprothesen, Goldkronen u. Ä. bleiben zurück.
<input type="checkbox"/>	Reerdigung	Nach meinem Tod wird mein Leib in einem Kokon auf pflanzlichem Material gebettet und verwandelt sich binnen einiger Wochen zu Erde. Infos unter www.reerdigung.de
<input type="checkbox"/>	Das sollen andere entscheiden	Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein/e Bevollmächtigte/r treffen.

2. Folgenden Bestattungsort wünsche ich für meine letzte Ruhe:

<input type="checkbox"/>	Friedhof	Ich möchte, dass meine Urne oder mein Sarg auf einem Friedhof beigesetzt werden.
<input type="checkbox"/>	See	Meine Urne soll im Meer beigesetzt werden.
<input type="checkbox"/>	Wald	Meine Urne soll in einem Begräbniswald beigesetzt werden.
<input type="checkbox"/>	Anderer Ort	Ich wünsche eine andere Art der Beisetzung meiner Asche, z. B. eine Diamantbestattung oder etwas anderes, nämlich:
<input type="checkbox"/>	Das sollen andere entscheiden	Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein/e Bevollmächtigte/r treffen.

3. Folgende Grabart für meine letzte Ruhestätte wünsche ich mir:

<input type="checkbox"/>	Wahlgrab	mit <input type="checkbox"/> Urne oder <input type="checkbox"/> Sarg
<input type="checkbox"/>	Reihengrab	mit <input type="checkbox"/> Urne oder <input type="checkbox"/> Sarg
<input type="checkbox"/>	Grüne Wiese	mit <input type="checkbox"/> Urne oder <input type="checkbox"/> Sarg
<input type="checkbox"/>	Urnenwand	mit Urne
<input type="checkbox"/>	Baumgrab	mit Urne
<input type="checkbox"/>	Das sollen andere entscheiden	Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein/e Bevollmächtigte/r treffen.

4. Folgenden Ort wünsche ich für meine letzte Ruhestätte:

<input type="checkbox"/>	Ja, ich weiß den Ort bereits	Hier möchte ich den Ort und/oder den Friedhof festhalten oder z. B. eine Gemeinschaftsgrabanlage der PalliativStiftung.
<input type="checkbox"/>	Das sollen andere entscheiden	Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein/e Bevollmächtigte/r treffen.

5. Folgende Abschiedsfeier wünsche ich mir:

<input type="checkbox"/>	Weltliche Abschiedsfeier	Bei meiner Trauerfeier soll ein weltlicher Redner ein paar Worte über mich sprechen und den Anwesenden Zuversicht mit auf den Weg geben.
<input type="checkbox"/>	Religiöse Abschiedsfeier	Die Bestattung wird entsprechend religiöser Bräuche gestaltet, da ich einer Glaubensgemeinschaft angehöre: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Abschiedsparty	Ich stelle mir meinen Abschied eher als Lebensfeier vor.
<input type="checkbox"/>	Keine Abschiedsfeier	Ich möchte keine Trauerfeier zu meiner Bestattung.
<input type="checkbox"/>	Das sollen andere entscheiden	Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein/e Bevollmächtigte/r treffen.

6. In folgendem Rahmen soll meine Abschiedsfeier stattfinden:

<input type="checkbox"/>	Engster Familienkreis	Z. B. Eltern, Partnerin/Partner, Kinder, Cousine/Cousin, Tanten/Onkel
<input type="checkbox"/>	Erweiterter Familien- und Freundeskreis	Alle, die sich mir näher verbunden fühlen, können zur Trauerfeier eingeladen werden.
<input type="checkbox"/>	Öffentlicher Rahmen	Ich wünsche eine öffentliche Abschiedsfeier. Alle, die möchten, können daran teilnehmen.
<input type="checkbox"/>	Das sollen andere entscheiden	Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein/e Bevollmächtigte/r treffen.

7. Gedanken zur Abschiedsrede:

<input type="checkbox"/>	Ja, ich möchte eine Rede	Geistliche, Freundinnen, Freunde oder Familienangehörige dürfen gern etwas sagen. Von folgender Person wünsche ich mir eine Rede: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Nein, ich möchte keine Rede	
<input type="checkbox"/>	Das sollen andere entscheiden	Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein/e Bevollmächtigte/r treffen.

8. Gedanken zur Musik:

<input type="checkbox"/>	Ja, ich möchte Musik für meinen Abschied	Diese Musik soll an mich erinnern und den Gästen Trost spenden: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Das sollen andere entscheiden	Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein/e Bevollmächtigte/r treffen.

9. Ich habe weitere Wünsche:

Z. B. meine Wünsche zu Trauerkarten, Anzeigen, Aufbahrung, Abschiedsfeier, zum Essen nach der Beisetzung, Grabmal, Grabpflege, Blumenschmuck.

.....

.....

Mit folgendem Bestattungsinstitut habe ich bereits alles Wesentliche für meine Beerdigung geregelt:

Ort, Datum, Unterschrift
Verfügende/r

Ort, Datum, Unterschrift

Herausgeber:
Dr. med. Thomas Sitte
Deutsche PalliativStiftung

Die Deutsche PalliativStiftung ist vom Finanzamt als gemeinnützig anerkannt. Sie setzt sich dafür ein, dass Schwerstkranke und Sterbende auch ihre letzte Lebenszeit selbstbestimmt und in möglichst hoher Lebensqualität erleben können.

Wir wollen mit der PalliativStiftung hospizlich-palliatives Wissen in die Bevölkerung tragen. Immer wieder wollen Menschen aus Angst vor Leiden vorzeitig sterben. Kein Mensch in Deutschland muss Angst vor unerwünschtem Leiden haben. Der Patientenwille muss beachtet werden. Sie haben ein Recht darauf, eine (auch vielleicht sinnvolle) Behandlung abzulehnen oder die wirksame Behandlung einzufordern, um diese Beschwerden angemessen behandelt zu bekommen, wenn Sie starke Atemnot, Schmerzen, u. v. m. haben. Leider hören wir immer wieder: „Wenn ich das vorher gewusst hätte, wäre mir so viel erspart geblieben.“

Eines ist klar: Niemand muss aus Angst vor körperlichem Leiden um „Sterbehilfe“ bitten (eigentlich ist hier ja die Tötung gemeint ...), wenn jeder aufgeklärt und nachhaltig immer wieder informiert wird, dass man dank hospizlich-palliativer Begleitung unerträgliches Leiden lindern kann.

Wir empfehlen Ihnen, diese Unterlagen im Original zuhause in einem gut greifbaren Ordner aufzubewahren. Sie können so einen Notfallordner z. B. auch bei uns bestellen. Hausarzt, Bevollmächtigte usw. sollten Kopien erhalten. Den für Sie so wichtigen Hinweis auf die Vollmacht und Verfügung können Sie in unserem beiliegenden Organspendeausweis schnell auffindbar aufnehmen.

Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit!

Die Deutsche PalliativStiftung hat sich zum Ziel gesetzt, die Hospizarbeit und Palliativversorgung zu verbessern, zu fördern und mit verschiedensten Projekten in das Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken. Dafür ist jeder Euro wichtig und daher unsere Bitte: Unterstützen Sie unsere Arbeit mit Ihrer Spende! Oder werden Sie Mitglied in unserem Förderverein „...leben bis zuletzt!“ – eine Mitgliedschaft beginnt schon bei 10 Euro im Jahr. Nähere Informationen finden Sie auf unserer Website unter www.palliativstiftung.com

VK 10,00 € (D)



Spendenkonto Deutsche PalliativStiftung

VR Genossenschaftsbank Fulda
IBAN: DE74 5306 0180 0000 0610 00
BIC: GENODE51FUL

Bei Fragen

können Sie sich gern an uns wenden:

Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2 | 36037 Fulda
Telefon 0661 | 480 49 797
Telefax 0661 | 480 49 798
info@palliativstiftung.com
www.palliativstiftung.com



Bei der Erstellung und Verteilung haben uns finanziell unterstützt;

**RICHARD
KELLER**

Allfinanz

