Vertreterverfügung

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

VERTRETERVERFÜGUNG

Datum, Unterschrift

Hiermit verfüge ich ...

Name, Vorname *(Vertretungsberechtigter)*

Anschrift

Telefon *E-Mail*

in meiner Funktion als ...

☐ Vorsorgebevollmächtigter

☐ Gesetzlich bestellter Betreuer, bestellt am / / 20
für Gesundheitsangelegenheiten *(TT/MM/JJJJ)*
(im Folgenden als Vertretungsberechtigter bezeichnet)

die folgenden Festlegungen stellvertretend für ...

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Anschrift

Telefon *E-Mail*

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

(Begründung der Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen)

1. 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 durch ...**

... Feststellung der konkret, mündlich oder schriftlich geäußerten Festlegungen des Betroffenen.	☐ **Ja**
und/oder	
... 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.).	☐ **Ja**

Mutmaßlicher Wille und Behandlungswünsche des Betroffenen

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen

Fortsetzung auf Seite 2

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 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 Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich vollständig oder soweit verloren ist, dass ein Leben, zu dem der Betroffene sich verständlich äußern kann, nicht mehr möglich ist.	☐ **Ja**
oder	
..., 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.	☐ **Ja**

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.

... in der letzten Lebensphase, ...

... weil der Betroffene sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befindet, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	☐ **Ja**
oder	
... weil der Betroffene sich, nach ärztlicher Feststellung, aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befindet.	☐ **Ja**

... oder in anderen Situationen, ...

... weil der Betroffene sich in folgender Lebenslage befindet:

Allgemeiner Hinweis: Kurzfristige Bewusstseinstörungen wie z. B. eine Gehirnerschütterung, eine kurzfristige Medikamentenwirkung, eine Narkose oder ein künstliches Koma nach einer Operation werden durch eine Vertreterverfügung ausdrücklich nicht erfasst.

3. Festlegungen zum Umfang lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen

A. Es sollen alle medizinisch möglichen und angezeigten (indizierten) Behandlungen vorgenommen werden mit dem Ziel das Leben des Betroffenen zu erhalten.	☐ **Ja**	☐ **Nein**

Datum, Unterschrift

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

B. Auch wenn der Betroffene ohne Krankenhausbehandlung höchstwahrscheinlich sterben würde, so soll er wenn irgend möglich nicht mehr in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	☐ Ja	☐ Nein
☐ 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:	☐ Ja	☐ Nein
... über die 112 Rettungsdienst und/oder Notarzt verständigt werden:	☐ Ja	☐ Nein
... der Rettungsdienst unverzüglich über die gewünschte Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden:	☐ Ja	☐ Nein

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

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	☐ Ja	☐ Nein
☐ Aufgrund fehlender Kenntnis des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr[1] ist gemäß des Willens des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	☐ Ja	☐ Nein
☐ 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.	☐ Ja	☐ Nein
☐ 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.	☐ Ja	☐ Nein
☐ 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.	☐ Ja	☐ Nein
☐ 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.	☐ Ja	☐ Nein
Sollte der Betroffene einen Schrittmacher und/oder Defibrillator besitzen, dann soll dieser **rechtzeitig deaktiviert** werden	☐ Ja	☐ Nein
☐ 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.

Datum, Unterschrift .....

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

D. Gemäß des Willens des Patienten sollen nur lindernde Maßnahmen durchgeführt werden. Den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer zufolge soll der Patient eine fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege erhalten, 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 des Vertretungsberechtigten

Ärztlicher Begleiter oder qualifizierter Berater

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

Vertragsarztstempel

……..
Ort, Datum, Unterschrift Arzt oder qualifizierter Berater

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.

Wir verwenden das generische Maskulinum für die bessere Lesbarkeit. Selbstverständlich sind stets alle Geschlechtsidentitäten gemeint.

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

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

Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen