# Die **VORSORGEN!** Mappe

## RECHTSLAGE 2027



- **(Vorsorge)Vollmacht**
- **Patientenverfügung**
- **Meine Wertvorstellungen**
- **Bestattungsverfügung**
- **Palliativ-Ampel**

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

zertifiziert von der Stiftung Gesundheit

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

**14. Auflage**

www.palliativstiftung.com

# DIE **VORSORGEN!** MAPPE




- 1 (Vorsorge)Vollmacht
- 2 Patientenverfügung
- 3 Meine Wertvorstellungen
- 4 Bestattungsverfügung
- 5 Die Palliativ-Ampel
- 6 Untervollmacht
- 7 Betreuungsverfügung
- 8 Vertreterverfügung

Die Dokumente 6 bis 8 finden Sie bequem als Download auf unserer Website sowie in gedruckter Form direkt in dem **VORSORGEN!-Ordner.**




## Der VORSORGEN! Ordner

Die Erläuterungen zu unserer VORSORGEN!-Mappe sind stetig gewachsen und nun noch detaillierter.
Statt eines Begleithefts finden Sie jetzt **vier Hefte**, die Ihnen **kostenlos digital oder auch gedruckt** in unserem neuen Aktenordner zur Verfügung stehen.

Wir haben diese Inhalte ganz neu strukturiert. Zusammen mit dem neuen **VORSORGEN!-Ordner** haben Sie für den Notfall alle Ihre Unterlagen **übersichtlich und schnell griffbereit.**

Den VORSORGEN!-Ordner samt der vier neuen Hefte erhalten Sie direkt bei der PalliativStiftung.

## 40,- EUR

**inklusive Versandkosten.**
**(Preis Stand: 10/26)**

Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# (Vorsorge)Vollmacht

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

## Hiermit erteile ich als Vollmachtgeber...

*Name, Vorname, Geburtsdatum* *(Vollmachtgeber)*

*Anschrift*

*Telefon* *E-Mail*

## Vollmacht an ...

*Name, Vorname, Geburtsdatum* *(bevollmächtigte Person)*

*Anschrift*

*Telefon* *E-Mail*

*Name, Vorname, Geburtsdatum* *(bevollmächtigte Person)*

*Anschrift*

*Telefon* *E-Mail*

*Name, Vorname, Geburtsdatum* *(bevollmächtigte Person)*

*Anschrift*

*Telefon* *E-Mail*

Meine bevollmächtigten Vertrauenspersonen (im Folgenden: Sie) werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist und ich im Folgenden angegeben habe, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Sie sollen meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchsetzen.

**Nur eine Angabe ist möglich, Nichtzutreffendes durchstreichen:** **Mustertext** ☐

| | |
|---|---|
| Alle Vertrauenspersonen sind alleine handlungsberechtigt. | ☐ |
| **oder ...** | |
| ..... | ☐ |
| ..... | |
| ..... | |
| *Freitext* | |

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 könnte.

Datum, Unterschrift

(VORSORGE)VOLLMACHT

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

*Nicht Zutreffendes streichen*





Fortsetzung auf Seite 2

## 1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.

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]

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.

Sie darf über meine 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 (§ 1831 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.[2]

## 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.

Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

## 3. Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

## 4. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

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).

*Nicht Zutreffendes streichen*



Fortsetzung auf Seite 3



Datum, Unterschrift

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

Datum, Unterschrift

## 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* ***Beglaubigung****.[3])*

**... namentlich ...**

... über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.[3]

... Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

... Verbindlichkeiten eingehen.[3]

... Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.[4]

... Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. [5]

## 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 weiteren 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.

## 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.

## 8. Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.

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.
5 Der Vormund kann nicht in Vertretung des Mündels Schenkungen machen. Ausgenommen sind Schenkungen, durch die einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprochen wird. (§ 1798 Abs. 3 BGB)



Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

## 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. Der Bevollmächtigte soll 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.

## 10. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

## 11. Regelung der Bestattung

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

## 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.

## 13. Folgende Geschäfte soll sie <u>nicht</u> wahrnehmen können:

## 14. Unterschriften[6, 7]

……..
Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtgeber

……..
Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigter [6]
(Unterschrift ist nicht erforderlich, aber ggflls. sinnvoll)

## 15. Bestätigung der Entscheidungs- und/oder Geschäftsfähigkeit[7]

……..
Ort, Datum, Unterschrift, Dienstsiegel, ...
Bestätigung der Entscheidungs- und/oder Geschäftsfähigkeit [7]
(Unterschrift ist nicht erforderlich, aber ggflls. sinnvoll)

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

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

*Nicht Zutreffendes streichen*



Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

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

# Patientenverfügung

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

## 1. Willenserklärung

### 1.1 Ich ...

*Name, Vorname, Geburtsdatum* *(Verfügender)*

*Anschrift*

*Telefon* *E-Mail*

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

Nicht Zutreffendes streichen: **Mustertext** ☐ **Ja** Zutreffendes ankreuzen: **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: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **B.** ... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist: | ☐ **Ja** | ☐ **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 aller Wahrscheinlichkeit nach soweit verloren habe, dass ein Leben, zu dem ich mich verständlich äußern kann, **nicht mehr möglich** ist: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| Meine Antwort zu **C.** 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: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **D.** ... 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: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **E. Diese Verfügung soll bereits JETZT unter allen Umständen gelten**, also unabhängig von besonderen Situationen, wie sie in den Punkten A bis D beschrieben worden sind. Das habe ich mir sehr gut überlegt und die Gründe dafür und dagegen angemessen abgewogen: **Außer einer hospizlich-palliativen Versorgung wünsche ich schon jetzt keinerlei Behandlungen, die nur dazu dienen mein Leben zu verlängern.** | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **F.** ... ich mich in folgender Lebenslage befinde:<br>.....<br>..... | | |

.....
Datum, Unterschrift

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com Wir verwenden das generische Maskulinum für die bessere Lesbarkeit. Selbstverständlich sind stets alle Geschlechtsidentitäten gemeint.

## 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. Krankenhauseinweisung

| | | |
|---|---|---|
| **A.** Wenn ich in den Situationen unter 1.2 ohne Krankenhausbehandlung vielleicht sterben würde, **möchte ich ins Krankenhaus eingewiesen** werden. | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **B.** Ich will auf keinen Fall mehr ins Krankenhaus, meine Verweigerung soll schon **JETZT** gelten unabhängig von den Situationen unter 1.2! | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |

Datum, Unterschrift

## 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: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |

### 3.2 ... eine fachgerechte Symptombehandlung von z. B. Schmerzen, Atemnot, Unruhe usw.

| | | |
|---|---|---|
| **A**. Wenn es möglich ist, dann möchte ich gerne bewusst mein Lebensende erleben: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **B.** Wenn es nötig ist, dann wünsche ich Mittel mit bewusstseinsdämpfender Wirkung: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **C.** Eine ungewollte Lebensverkürzung hierdurch ist sehr unwahrscheinlich. Ich würde diese aber akzeptieren. | ☐ **Ja** | ☐ **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 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.

| | | |
|---|---|---|
| **A.** Hunger und Durst sollen nur mit Hilfe beim Essen und Trinken auf natürliche Weise gestillt werden. Es soll eine fachgerechte Mundpflege erfolgen. | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **B.** Ich wünsche dann zur Lebenserhaltung eine künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitsgabe, z. B. Magensonde oder Zugängen in die Vene oder unter die Haut: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| **A.** ... Notruf und sofortige Wiederbelebung: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |
| **B.** ... sollte der Rettungsdienst da sein, so ist er über meine Ablehnung einer Wiederbelebung zu informieren: | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** |

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

Datum, Unterschrift

### 3.5 In Situationen wie unter 1.2 wünsche ich Beginn und/oder Fortführung folgender Behandlungen:

#### 3.5.1 künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe …

| | | |
|---|---|---|
| ... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann: | ☐ Ja | ☐ Nein |

#### 3.5.2 künstliche Blutwäsche (Dialyse) …

| | | |
|---|---|---|
| ... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann: | ☐ Ja | ☐ Nein |

#### 3.5.3 Gabe von Antibiotika …

| | | |
|---|---|---|
| ... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann: | ☐ Ja | ☐ Nein |

#### 3.5.4 Gabe von Blut(bestandteilen) …

| | | |
|---|---|---|
| ... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann: | ☐ Ja | ☐ Nein |

#### 3.5.5 Einsatz von Herzschrittmacher und/oder Defibrillator …

| | | |
|---|---|---|
| ... für den Fall, dass dieser mein Leben verlängern kann: | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sollte ich einen Schrittmacher und/oder Defibrillator besitzen, dann soll dieser **rechtzeitig deaktiviert** werden | ☐ Ja | ☐ 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. | ☐ Ja |

### 4. Hinweis auf weitere geltende Unterlagen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

| | | |
|---|---|---|
| **A.** ... Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen: | ☐ Ja | ☐ Nein |
| **B.** ... Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte: | ☐ Ja | ☐ Nein |

### 5. Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und Gewebe zur Transplantation …

| | | |
|---|---|---|
| **A.** ... nach ärztlicher Feststellung meines Todes zu: | ☐ Ja | ☐ 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 gilt die ...

| | | |
|---|---|---|
| **B.** ... von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende: | ☐ Ja | ☐ Nein |
| **C.** ... Bestimmung in meiner Patientenverfügung: | ☐ Ja | ☐ Nein |

### 6. Geltungsdauer dieser Verfügung

| | |
|---|---|
| Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe (ich werde versuchen, künftige Änderungen oder Widerrufe möglichst schriftlich zu dokumentieren). | ☐ Ja |

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com



*Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen*



Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

Fortsetzung auf Seite 4

## 7. Aussagen zu Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf der Patientenverfügung

Mein Vertreter kennt meinen Willen ausreichend gut. Ich will, dass er über die Behandlungsmöglichkeiten und über die Folgen seiner Entscheidung soweit aufgeklärt wird, wie er dies möchte. Er kann auf eine Aufklärung selbstverständlich auch verzichten.

Ich will, dass mein in dieser Patientenverfügung dokumentierter Wille durchgesetzt wird.

Sollten Beteiligte nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige Behandlung und/oder Unterbringung gesorgt wird. Von meinem Vertreter erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Eine Patientenverfügung kann nicht jeden möglichen Fall in alle Einzelheiten beschreiben.

**In Lebens- und Behandlungssituationen, die hier nicht ausreichend konkret beschrieben wurden**, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst in Übereinstimmung mit allen Beteiligten zu ermitteln.

Dafür ist diese Patientenverfügung zusammen mit meinen allgemeinen früheren Äußerungen, Wertvorstellungen usw. als Richtschnur maßgeblich.

Wenn die behandelnden Personen auf Grund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen zu der Auffassung gelangen, dass ich **entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch noch behandelt oder nicht behandelt werden möchte**, dann ist möglichst in Übereinstimmung mit allen Beteiligten zu ermitteln, ob diese Festlegungen in dieser meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Bei dauerhaft bestehenden unterschiedlichen Meinungen soll der Auffassung folgender Person, in deren Entscheidung ich besonderes Vertrauen habe, besondere Bedeutung zukommen:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ **A.** Bevollmächtigter | | ☐ **B.** Behandelnder Arzt: |
| ☐ **C.** Andere Person: | *Name* | *Vorname* |
| | *Kontaktmöglichkeit* | |

## 8. 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. | ☐ **Ja** |

## 9. Information/Beratung

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

## 10. Unterschrift des Verfügenden

……..
Ort, Datum, Unterschrift

## 11. Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Entscheidungs- und/oder Geschäftsfähigkeit

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

……..
Ort, Datum, Unterschrift, Dienstsiegel

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

***Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen***



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

# Meine Wertvorstellungen

## Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

*Name, Vorname, Geburtsdatum*

*Anschrift*

*Telefon* | *E-Mail*

### Wünsche zu Sterbeort und Begleitung

**In welcher Umgebung ich, wenn möglich, sterben möchte …**

| | |
|---|---|
| **A.** … zu Hause/in vertrauter Umgebung: | ☐ |
| **B.** … in einem Hospiz: | ☐ |
| **C.** … auf einer Palliativstation: | ☐ |
| **D.** … im Krankenhaus: | ☐ |

**Ich möchte Beistand …**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **A.** … seelsorglich: | ☐ | **B.** … hospizlich: | ☐ |
| **C.** … durch folgende Personen/Glaubensrichtung: | | | |
| Ich wünsche eine kirchliche Bestattung ☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐ **Egal** | | | |

.....
Ort, Datum, Unterschrift



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

Stand 04/2026 © www.palliativstiftung.com



Fortsetzung auf Seite 2

# Meine Wertvorstellungen

## Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

MEINE WERTVORSTELLUNGEN

.....

Ort, Datum, Unterschrift



Fortsetzung auf Seite 3



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

Stand 04/2026 © www.palliativstiftung.com

# Meine Wertvorstellungen

**Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung**

.....

Ort, Datum, Unterschrift



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

Stand 04/2026 © www.palliativstiftung.com



Fortsetzung auf Seite 4

# Meine Wertvorstellungen

**Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung**

Ort, Datum, Unterschrift

## Warum sollte man seine Wertvorstellungen dokumentieren?

In einer Patientenverfügung wird ohne große Emotionen und recht formal beschrieben, was der Gesetzgeber und die Gerichte fordern, damit eine solche Verfügung gültig ist. Oftmals ist es aber so, dass die Situationen in der Praxis mit der Verfügung nicht genau abgebildet werden können. Das ist völlig normal. Die wenigsten Menschen können ja im Voraus wissen, was genau an Krankheitssituationen auf sie zukommen wird. Und wenn Sie gerichtlich betreut werden, ist es meist so, dass der Betreuer Sie und Ihre Wünsche zu gesunden Zeiten nicht kennengelernt hat.
Dann hilft es den Bevollmächtigten, Betreuern, Behandlern sehr viel, wenn einiges dazu beschrieben worden ist, was dem Patienten, der nicht mehr für sich sprechen kann, wichtig und lieb ist. Das können Dinge sein, die mit Medizin nichts zu tun haben.

*„Ich liebe die Natur,“*
*„Ich habe es gerne mollig warm.“*
*„Ich bin von Natur ein ängstlicher Mensch, ich mag keinen Stress, keine Gefahr, keine Schmerzen. Lieber bekomme ich durch die Medikamente gar nichts mit, als dass ich vielleicht leide.“*
Oder auch *„Du stirbst nur einmal. Deswegen möchte ich so wenig sedierende Medikamente wie möglich. Ich möchte mein Sterben erleben so gut es geht.“*

Ob Sie tierlieb sind, gerne Menschen um sich herum oder lieber Ihre Ruhe haben wollen. Lassen Sie Ihren Gedanken hier freien Lauf. Es hilft später, dass Sie so begleitet sterben können, wie Sie es sich gewünscht haben.



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

Stand 04/2026 © www.palliativstiftung.com



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

# Bestattungsverfügung

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

Hiermit bestimme ich

*Name, Vorname, Geburtsdatum*

*Anschrift*

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

## 1. Erdbestattung oder Feuerbestattung?

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | 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. |
| ☐ | 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. |
| ☐ | 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* |
| ☐ | Das sollen andere entscheiden | Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein Bevollmächtigter treffen. |

## 2. Folgenden Bestattungsort wünsche ich für meine letzte Ruhe:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Friedhof | Ich möchte, dass meine Urne oder mein Sarg auf einem Friedhof beigesetzt werden. |
| ☐ | See | Meine Urne soll im Meer beigesetzt werden. |
| ☐ | Wald | Meine Urne soll in einem Begräbniswald beigesetzt werden. |
| ☐ | Anderer Ort | Ich wünsche eine andere Art der Beisetzung meiner Asche, z. B. eine Diamantbestattung oder etwas anderes, nämlich: |
| ☐ | Das sollen andere entscheiden | Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein Bevollmächtigter treffen. |

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

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Wahlgrab | mit ☐ Urne oder ☐ Sarg |
| ☐ | Reihengrab | mit ☐ Urne oder ☐ Sarg |
| ☐ | Grüne Wiese | mit ☐ Urne oder ☐ Sarg |
| ☐ | Urnenwand | mit Urne |
| ☐ | Baumgrab | mit Urne |
| ☐ | Das sollen andere entscheiden | Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein Bevollmächtigter treffen. |

## 4. Folgenden Ort wünsche ich für meine letzte Ruhestätte:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Ja, ich weiß den Ort bereits | Hier möchte ich den Ort und/oder den Friedhof festhalten oder z. B. eine Gemeinschaftsgrabanlage der PalliativStiftung. |
| ☐ | Das sollen andere entscheiden | Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein Bevollmächtigter treffen. |

Datum, Unterschrift

BESTATTUNGSVERFÜGUNG

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

***Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen***



Fortsetzung auf Seite 2

## 5. Folgende Abschiedsfeier wünsche ich mir:

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

## 6. In folgendem Rahmen soll meine Abschiedsfeier stattfinden:

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

## 7. Gedanken zur Abschiedsrede:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Ja, ich möchte eine Rede | Geistliche, Freundinnen, Freunde oder Familienangehörige dürfen gern etwas sagen. Von folgender Person wünsche ich mir eine Rede: |
| ☐ | Nein, ich möchte keine Rede | |
| ☐ | Das sollen andere entscheiden | Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein Bevollmächtigter treffen. |

## 8. Gedanken zur Musik:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Ja, ich möchte Musik für meinen Abschied | Diese Musik soll an mich erinnern und den Gästen Trost spenden: |
| ☐ | Das sollen andere entscheiden | Ich möchte mich noch nicht festlegen. Diese Entscheidung kann meine Familie, bzw. mein Bevollmächtigter 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*

***Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen***



Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

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

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# Checkliste: Das müssen Sie im Todesfall beachten!

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

Für Hinterbliebene bricht nach einem Todesfall die Welt zusammen und nicht selten zugleich das reine Chaos aus. Diese Checkliste soll das Vorgehen erleichtern.

Wenn ein naher Angehöriger stirbt, ist es oft schwierig, überhaupt noch einen klaren Gedanken zu fassen.

In Zeiten der Trauer gibt es vermeintlich Wichtigeres als Bürokratie. Doch es gibt Dinge, die nicht auf die lange Bank geschoben werden dürfen.
Hier erfahren Sie, was nacheinander zu tun ist.

## Gleich nach dem Versterben

### Hausarzt zeitnah verständigen

Ist Ihr Angehöriger zu Hause gestorben, sollten Sie umgehend den behandelnden Hausarzt verständigen. Nur ein Arzt darf in Deutschland einen Tod feststellen!
Dieser Arzt muss den Tod des Verstorbenen auf einem Vordruck mit vielen Durchschlägen bescheinigen, der von Bundesland zu Bundesland verschieden ist. Ohne diesen Leichenschauschein kann das zuständige Standesamt die Sterbeurkunde nicht ausstellen. Beim Sterbeort im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung übernimmt das in der Regel die Einrichtung.
Oft ist der Hausarzt nicht erreichbar, dann ruft man über die bundesweite Ärztliche Notfalldienst-Nummer 116 117 den diensthabenden Arzt. Meist wird ein natürlicher Tod bescheinigt. Nach einem Unfall, auch längere Zeit danach, wenn der Unfall vielleicht das frühere Versterben ausgelöst haben kann, nach einer Selbsttötung oder wenn die Ursache des Todes nicht ganz eindeutig klar ist, MUSS der Arzt sofort die zuständige Polizeidienststelle hinzuziehen. Das ist lästig, eine polizeiliche Ermittlung kann gerade in dieser Situation sehr stören. Aber so ist die gesetzliche Regelung.

Nehmen Sie nun erst einmal in aller Ruhe Abschied. Besuchen Sie den Verstorbenen. Bitten Sie den Pfarrer um eine Aussegnung. Oder stoßen mit einem Glas Sekt an. Da gibt es die verschiedensten Rituale. Oft kommen Nachbarn und Freunde, Verwandte zum Verabschieden. Da hilft es sehr, wenn diese sich darum kümmern, dass genug zu Essen und Trinken für alle im Haus ist!

## Am gleichen Tag oder zumindest bald nach dem Versterben

### Bestattungsinstitut beauftragen

Als nächsten Schritt können Sie ein Bestattungsinstitut beauftragen. Beim erwarteten Versterben, ist es gut und nicht pietätlos, hier bereits vor dem Tod Kontakt aufzunehmen und das Notwendige zu regeln. Der Bestatter kann Ihnen alle weiteren Formalitäten abnehmen. Er braucht dazu auf jeden Fall den Leichenschauschein und am Besten noch den Personalausweis, einen Auszug aus dem Familienstammbuch, die Krankenversicherungskarte und ähnliches.

### Die wichtigsten Dokumente

- Personalausweis oder Reisepass
- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde oder ein Scheidungsurteil
- Krankenkassenkarte
- Rentennummer
- Dokumente zur Betriebsrente
- womöglich ein vorhandenes Testament
- Bestattungsverfügung
- Sterbegeldversicherung
- Lebensversicherung
- Sonstige Verfügungen

### Aufbahrung zuhause

Heute ist es oft so, dass die Hinterbliebenen den Leichnam sehr schnell vom Bestatter abholen lassen. Früher wurde man zuhause aufgebahrt, bis zur Beerdigung.

Sie müssen für sich selbst entscheiden, was für Sie angemessen ist. Oft ist es fürs Begreifen des Todes gut, wenn der Verstorbene zuhause gewaschen und frisch angezogen zumindest noch eine oder auch zwei Nächte zuhause bleiben darf.
Das Bestattungsrecht der Bundesländer ist verschieden. Es gibt aber überall viel mehr Spielraum als man denkt.

# Checkliste: Das müssen Sie im Todesfall beachten!

## Am Todestag und in den nächsten Tagen

### Haushalt und Tiere versorgen

Hat der Angehörige einen eigenen Haushalt geführt, sollten Sie

- die Haustiere und Pflanzen versorgen,
- den Briefkasten regelmäßig leeren, bei der Post einen Nachsendeauftrag stellen,
- die Fenster schließen,
- den Kühlschrank leeren,
- Strom, Gas und Wasser abstellen beziehungsweise die Versorger informieren.

Hat der Verstorbene in einer Mietwohnung gelebt, sollte außerdem der Vermieter oder die Hausverwaltung über den Tod informiert werden.

## In den nächsten Tagen und Wochen

### Bestattung organisieren

Geht es an die Organisation der Bestattung, lautet die wichtigste Frage: Hat der Verstorbene eine Bestattungsverfügung ausgestellt? Das ist für Hinterbliebene eine große Erleichterung. Wir haben hier in der Mappe alle notwendigen Vordrucke. In dem Dokument kann der Verstorbene zu Lebzeiten schon festlegen, wo und wie er beerdigt werden möchte, welche Trauergäste informiert werden sollten und welcher der Wunschbestatter ist. Bestattungswünsche sollten nie im Testament formuliert werden. Es wird immer erst nach der Beisetzung eröffnet.
Gut ist es solche Wünsche mit den Angehörigen abzustimmen, denn sie sind es, die (damit) weiterleben.

### Todesanzeige

Ein schöner Brauch ist es, eine Todesanzeige in der Zeitung oder auch entsprechenden online-Portalen zu schalten. In anderen Ländern werden diese auch öffentlich an Laternen, Türen, … aufgehängt. Sie sind wichtig, damit wirklich jeder wissen kann, wer verstorben ist.
Und eine Bitte zur Todesanzeige. Überlegen Sie es sich gut, ob Sie hineinschreiben „von Beileidsbekundungen am Grabe bitten wir Abstand zu nehmen." Wann denn, als am Grab kann man ohne Hemmungen und falsche Scham seiner Trauer und seinem Beileid Ausdruck verleihen? Ist das nicht möglich, kann über lange Zeit das Verhältnis im sozialen Umfeld dadurch gestört sein.

### Verträge, Abos und Mitgliedschaften kündigen

Über Kontoauszüge können Sie eine recht gute Übersicht über laufende Verpflichtungen erhalten, die nun enden sollten: Zum Beispiel Zeitungsabos, Mitgliedschaften in Vereinen, Versicherungen sowie Telefon- und Mobilfunkverträge.

### Unterlagen ans Nachlassgericht senden

Beim zuständigen Nachlassgericht sollten Sie eine beglaubigte Kopie der Sterbeurkunde sowie alle vorhandenen Testamente im Original einreichen. Das Nachlassgericht eröffnet dann die Testamente und schickt diese Kopie samt Protokoll über die Eröffnung an die in den Testamenten bedachten Personen sowie die gesetzlichen Erben.

Hat der Erblasser ein notarielles Testament oder einen Erbvertrag errichtet, können sich Erben mit der beglaubigten Abschrift des Eröffnungsprotokolls als solche ausweisen und die Umschreibung von Konten und Immobilien auf sich beantragen. Existiert nur ein handschriftliches oder gar kein Testament müssen Erben dafür in der Regel einen kostenpflichtigen Erbschein beantragen. Das geht üblicherweise beim Notar.
Wer etwa befürchtet, dass der Nachlass überschuldet ist oder seine Erbenstellung durch Anordnungen im Testament beeinträchtigt wird, sollte sich unverzüglich anwaltlich beraten lassen. Die Ausschlagung des Erbes ist nur innerhalb einer kurzen Frist möglich.

### Grabpflege

Wenn Sie niemanden haben, der sich um Ihr Grab kümmern wird, können Sie uns ansprechen. In Fulda haben wir bereits ein kleineres Gemeinschaftsgrab der Deutschen PalliativStiftung für Menschen wie Sie.

Da der Bedarf deutlich zunimmt, planen wir gerade eine größere Grabanlage.

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

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

**und Zutreffendes ankreuzen z. B. so:** Mustertext ☒ **Nein**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Patienten- oder Vertreterverfügung | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** | ☐ **Überarbeiten** |
| Vorsorgevollmacht | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** | ☐ **Überarbeiten** |
| Gerichtliche Betreuung | ☐ **Ja** | ☐ **Nein** | ☐ **Überarbeiten** |
| *Name, Mobilnummer Betreuer/Bevollmächtigter* | | | |

*PATIENT Name*

*Geburtsdatum*

*Zimmernummer*

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

**Rot**

**Therapieziel: Symptomlinderung**
Ausreichende Schmerztherapie,
Linderung von Unruhe, Angst, Atemnot usw.
**Keine Krankenhauseinweisung**

## **Gelb** („Behandlung einfach zu erreichender Ziele“)

**Gelb**

**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“)

**Grün**

**Therapieziel: Uneingeschränkte Maximaltherapie**
Ambulant oder stationär

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

***Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen***



Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

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

PALLIATIV-AMPEL

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

PALLIATIV-AMPEL

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 unbekannten 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.

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente

Der Gedanke für Pflegeheimbewohner einen bestmöglich erfassbaren Hinweis für den Rettungsdienst zu erarbeiten, damit im Notfall der Behandlungswille sofort erfassbar ist, entstand in hunderten von Gesprächen von Praktikern aus Altenpflege, Rettungsdienst, Palliativversorgung und Allgemeinmedizin.

Das Ziel mehrerer Projekte der Deutschen PalliativStiftung war die Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen – und zugleich die Vermeidung unerwünschter, bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte. Wichtigster Baustein war es dabei, dass jeder (!) Beteiligte für sich einen Mehrwert daraus ziehen kann.


*siehe Seite 4

## Ein Mehrwert ...

**...** für die Bewohner durch das Wissen, dass Ihre Behandlungswünsche umgesetzt werden, auch wenn sie sich dazu nicht mehr äußern können.

**...** für das Pflegepersonal durch die größere Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit.

**...** für die Angehörigen durch die Gewissheit, dass ihre Verwandten bis zum Lebensende in dieser Einrichtung angemessen versorgt werden können.

**...** für die Verwaltung, dass die Arbeitsabläufe reibungsärmer gelingen.

**...** für die versorgenden Hausärzte, dass ihre Patienten mit größerer Kompetenz gepflegt und die Symptome angemessen gelindert werden.

### Das Ziel:

- Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen
- Vermeidung unerwünschter, bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte

## Immer wieder zeigte es sich dabei, dass ein enormes Potential zur verbesserten Versorgung in Pflegeeinrichtungen besteht.

Ein Teil der Mitarbeiter muss in den Grundlagen der Palliativversorgung geschult und parallel müssen die bestehenden Strukturen der palliativen Versorgung besser in die Heimversorgung eingebunden werden.

Auch wenn in Pflegeeinrichtungen ohnehin immer eine gute Dokumentation mit einer einfachen Erkennbarkeit des Patientenwillens wichtig wäre, so wird unter Stress und Zeitdruck diese Erkennbarkeit doch ganz entscheidend.

Im Notfall ist es nicht sinnvoll, erst nach einem orientierenden Aktenstudium zu entscheiden, was getan werden soll, ohne einen Schaden für den Patienten in Kauf zu nehmen. Lebensrettende oder lebenserhaltende Erstmaßnahmen müssen sofort erfolgen können. Mit der Palliativ-Ampel kann die belastende Suche in den Akten entfallen und eine letztlich lebensgefährliche Behandlungsverzögerung, wie auch eine vielleicht unerwünschte Über- und Fehltherapie wirkungsvoll vermieden werden.

Die Ampel wurde in fünf Einrichtungen einem Praxistest unterzogen, die Unterlagen von 564 Bewohnern wurden untersucht. Das Ergebnis war ernüchternd und sicherlich leider zugleich bezeichnend und nicht untypisch für den allergrößten Anteil der Einrichtungen in Deutschland:

### Bei den Patienten war wie folgt dokumentiert:

- 0,4 % „Keine Klinikeinweisung mehr! Das gilt jetzt."
- 1,0 % „Keine Wiederbelebung mehr! Das gilt jetzt."
- 20 % formal korrekte Patientenverfügung
- 45 % formal korrekte Vollmacht

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com Wir verwenden das generische Maskulinum für die bessere Lesbarkeit. Selbstverständlich sind stets alle Geschlechtsidentitäten gemeint.

# Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente



Ein gutes Screening für die Bewohner der Einrichtung zu den Vorsorgeunterlagen ist so möglich, wenn die Palliativ-Ampel anhand der Akten sorgfältig ausgefüllt wird.

Es wird übersichtlich dokumentiert, ob die üblichen und sinnvollen Vorsorgedokumente vorhanden sind, wo erneut nachgefragt, nachgebessert, ergänzt werden sollte.

### Es hat sich dabei bewährt, …

…alle Akten Patient für Patient und Station für Station durchzugehen, dann …

…die Palliativ-Ampeln zunächst pro Station en bloc auszuwerten und danach …

…die einzelnen Palliativ-Ampeln im Patientenzimmer an einem einheitlichen Ort aufzubewahren (z. B. innen an der Schranktüre).

Beim formal korrekt ausgefüllten Fünftel der Patientenverfügungen, war zudem deutlich zu erkennen, dass auch hier häufig nicht angemessen dokumentiert war, was der Bewohner tatsächlich für sich wünschte. Hier besteht ein großer Bedarf an qualifizierter Beratung, die Einrichtungen zumindest teilweise durch das Hospiz- und Palliativgesetz im Rahmen des neuen § 132 g SGB V und eventuell sogar vollständig über den § 150 SGB XI refinanzieren können.

Mit der Einführung des Ampel-Systems ist im Idealfall immer gleichzeitig eine Schulung aller Mitarbeiter verbunden, üblich ist eine schriftliche Information und eine kurze Präsenzveranstaltung.

## Einige Rückmeldungen aus der Praxis:

Diese Form der Palliativ-Ampel wurde erst im April und Mai 2020 breit vorgestellt und die ersten Reaktionen waren aus unserer Sicht hocherfreulich. Sicher kamen auch einige missgünstige Mails von Kollegen, die meinten, eine solche Ampel sei völlig überflüssig. Aber die weit überwiegende Mehrheit sah doch die klaren Vorteile:

*„Genau das haben wir gebraucht."*

*„Die Palliativampel weiß ich als Notarzt sehr zu schätzen."*

*„Ihre Idee der Ampel ist genial und zugleich so gut umzusetzen. Am nächsten Tag konnte ich unsere Einrichtungsleitung für diese Idee auch sofort begeistern."*

*„Wir haben bei uns in der Einrichtung jetzt den ‚Club der roten Bänder'. Wer nicht mehr wiederbelebt werden möchte, kann sich ein rotes Silikonarmband nehmen, um es allen zu zeigen!"*

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

Bild: Silke von Schwech
Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# Untervollmacht zur (Vorsorge)Vollmacht

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

*Name, Vorname, Geburtsdatum des Vollmachtgebers*

*Anschrift*

*Telefon* | *E-Mail*

## Hiermit erteile ich als Untervollmachtgeber ...

*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, mich

*Name, Vorname des Vollmachtgebers*

... in allen Angelegenheiten – im gesetzlich zulässigen Rahmen und wie nachfolgend beschrieben – gerichtlich sowie außergerichtlich zu vertreten.
Sie soll den in meiner 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

.....
Ort, Datum, Unterschrift Untervollmachtgeber

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com Wir verwenden das generische Maskulinum für die bessere Lesbarkeit. Selbstverständlich sind stets alle Geschlechtsidentitäten gemeint.





Fortsetzung auf Seite 2

## 1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.

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 Vollmachtgeber hierdurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1829 Abs. 1 und 2 BGB).[1]

Sie darf Krankenunterlagen einsehen, deren Herausgabe an Dritte bewilligen und Kopien der Unterlagen erhalten. Der Untervollmachtgeber entbindet alle behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber seiner/ihrer unterbevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

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 (§ 1831 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zum Wohle des Vollmachtgebers/der Vollmachtgberin erforderlich ist.[2]

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf den Aufenthalt des Vollmachtgebers bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über seine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie seinen Haushalt auflösen.

Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

## 3. Behörden

Sie darf den Vollmachtgeber bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

## 4. Vertretung vor Gericht

Sie darf den Vollmachtgeber gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

Ort, Datum, Unterschrift Untervollmachtgeber

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

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).

***Nicht Zutreffendes streichen***



Fortsetzung auf Seite 3

Ort, Datum, Unterschrift Untervollmachtgeber

## 5. Vermögenssorge

**Sie darf ...**

... das Vermögen des Vollmachtgebers verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen. *(Vorsicht: Haus- und Grundstückssverkäufe, z. B. zur Abdeckung von Pflegekosten, sind nicht umfasst. Hierfür bedarf diese Vollmacht zwingend der* ***notariellen Beurkundung****.[3])*

**... namentlich ...**

... über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.[3]

... Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

... Verbindlichkeiten eingehen.[3]

... Willenserklärungen bezüglich der Konten, Depots und Safes des Vollmachtgebers abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.[4]

... Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. [5]

## 6. Digitale Vorsorge / Digitales Vermächtnis

Sie darf vollumfänglich auf die Benutzerkonten und Profile der Benutzerkonten des Vollmachtgebers bei Internetdiensten sowie auf seine 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.

## 7. Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für den Vollmachtgeber 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.

## 8. Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.

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.

5 Der Vormund kann nicht in Vertretung des Mündels Schenkungen machen. Ausgenommen sind Schenkungen, durch die einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprochen wird. (§ 1798 Abs. 3 BGB)

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com



***Nicht Zutreffendes streichen***



Fortsetzung auf Seite 4

## 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. Der Unterbevollmächtigte soll 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.

## 10. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

## 11. Regelung der Bestattung

Ich will, dass die unterbevollmächtigte Person die Bestattung nach den Wünschen des Vollmachtgebers Vollmachtgeberin regelt.

## 12. Folgende Geschäfte soll sie <u>nicht</u> wahrnehmen können:

## 13. Unterschrift[6, 7]

……..
Ort, Datum, Unterschrift Untervollmachtgeber

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

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



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

# Betreuungsverfügung

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

**Ich ...**

*Name, Vorname, Geburtsdatum*

*Anschrift*

*Telefon* | *E-Mail*

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

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

*Name, Vorname, Geburtsdatum*

*Anschrift*

*Telefon* | *E-Mail*

**Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:**

*Name, Vorname, Geburtsdatum*

*Anschrift*

*Telefon* | *E-Mail*

**Auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll:**

*Name, Vorname, Geburtsdatum*

*Anschrift*

*Telefon* | *E-Mail*

**Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer 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



Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# Meine Wertvorstellungen

## Ergänzende Erläuterungen zu meiner Betreuungsverfügung

*Name, Vorname, Geburtsdatum*

*Anschrift*

*Telefon*

*E-Mail*

Ort, Datum, Unterschrift



Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# Meine Wertvorstellungen

**Ergänzende Erläuterungen zu meiner Betreuungsverfügung**

Ort, Datum, Unterschrift



Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# Meine Wertvorstellungen

**Ergänzende Erläuterungen zu meiner Betreuungsverfügung**

.....
Ort, Datum, Unterschrift

## Warum sollte man seine Wertevorstellungen dokumentieren?

In einer Patientenverfügung wird ohne große Emotionen und recht formal beschrieben, was der Gesetzgeber und die Gerichte fordern, damit eine solche Verfügung gültig ist. Oftmals ist es aber so, dass die Situationen in der Praxis mit der Verfügung nicht genau abgebildet werden können. Das ist völlig normal. Die wenigsten Menschen können ja im voraus wissen, was genau an Krankheitssituationen auf sie zukommen wird. Und wenn Sie gerichtlich betreut werden, ist es meist so, dass der Betreuer Sie und Ihre Wünsche zu gesunden Zeiten nicht kennengelernt hat.
Dann hilft es den Bevollmächtigten, Betreuern, Behandlern sehr viel, wenn einiges dazu beschrieben worden ist, was dem Patienten, der nicht mehr für sich sprechen kann, wichtig und lieb ist. Das können Dinge sein, die mit Medizin nichts zu tun haben.

*„Ich liebe die Natur,"*
*„Ich habe es gerne mollig warm."*
*„Ich bin von Natur ein ängstlicher Mensch, ich mag keinen Stress, keine Gefahr, keine Schmerzen. Lieber bekomme ich durch die Medikamente gar nichts mit, als dass ich vielleicht leide."*
Oder auch *„Du stirbst nur einmal. Deswegen möchte ich so wenig sedierende Medikamente wie möglich. Ich möchte mein Sterben erleben so gut es geht."*

Ob Sie tierlieb sind, gerne Menschen um sich herum oder lieber Ihre Ruhe haben wollen. Lassen Sie Ihren Gedanken hier freien Lauf. Es hilft später, dass Sie so begleitet sterben können, wie Sie es sich gewünscht haben.

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

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

# 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***



DEUTSCHES STIFTUNGS WERK

# Gutes Tun.
# Leichter als man denkt.

Deutsches StiftungsWerk gGmbH

## Stiftungsberatung & Management

Gutes Tun durch Engagement ist eine wichtige Grundsäule unserer Demokratie. Vielleicht bewegt auch Sie die Idee eine Stiftung zu gründen? Wir blicken auf eine mehr als 15jährige Stiftungsexpertise zurück. Mit kompetenter Unterstützung gelingt die Gründung leichter als man denkt.

Die Deutsches StiftungsWerk gGmbH unterstützt Stifterinnen und Stifter von der Idee zur Realisierung bis hin zur Nachlassverwaltung. Wir übernehmen auch Ihre Testamentsverwaltung. Die Vergütung hierfür kommt gemeinnützigen Aufgaben zu Gute.

Gemeinsam mit unseren Partnern fördern und entwickeln wir Projekte und Angebote für Privatpersonen, Unternehmen, Non-Profits und andere beim Start oder der Umsetzung ihres Engagements.

Unser exzellentes Netzwerk bietet eine hohe Qualität und Antworten auch auf ungewöhnliche Fragen.

## Wir sind Ihr Partner für ...

**... Ihre Stiftungsidee:**

Entwicklung und Präzisierung
Anerkennung der Gemeinnützigkeit

**... Ihre Stiftungsverwaltung:**

Organisation
Kontoführung
Spendenverwaltung
Projektabwicklung
Jahresabschluss
Rechenschaftsbericht

## Unsere Besonderheit: Wir sind eine 100%ige Non-Profit-Organisation.

Alle Erträge der Deutschen StiftungsWerk gGmbH kommen gemeinnützigen Aufgaben der bundesweiten Hospizarbeit und Palliativversorgung zugute.

**Wir l(i)eben als Ihr Dienstleister schlanke und kreative Lösungen.**

Geschäftsführer: Hans-Dieter Meisberger & Dr. Thomas Sitte
info@stiftungswerk.org
0661 4802 7595

Postanschrift:
Deutsches StiftungsWerk gGmbH
Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Die Deutsches StiftungsWerk gGmbH ist eine „Tochter" der Deutschen PalliativStiftung.

**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 tragen mit der PalliativStiftung hospizlich-palliatives Wissen in die Welt. 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***

**Spendenkonto Deutsche PalliativStiftung**
VR RegionalBank Fulda - Main-Kinzig - Büdingen
IBAN: DE45 5066 1639 0003 9100 08
BIC: GENODEF1LSR

**Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden:**

Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2 | 36037 Fulda
Telefon 0661 | 4804 9797
Telefax 0661 | 4804 9798
info@palliativstiftung.com
**www.palliativstiftung.com**




Nach geltender Rechtslage aktualisiert: 10/2026

VK 10,00 € (D)

9 783944 530765

**Dank Spenden ist diese Ausgabe kostenfrei. Der symbolische Preis von 10 € unterstreicht die Wertschätzung der Inhalte.**