

# Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

## I. Persönliche Daten

1. Name: \_\_\_\_\_
2. Geburtsort und -datum: \_\_\_\_\_
3. Anschrift: \_\_\_\_\_
4. Hausarzt: \_\_\_\_\_

## II. Vorsorgevollmacht

Mein Vorsorgebevollmächtigter ist:

1. Name: \_\_\_\_\_
2. Geburtsort und -datum: \_\_\_\_\_
3. Anschrift: \_\_\_\_\_
4. Telefonnummern: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Erklärung des Vorsorgebevollmächtigten:** Der Vorsorgebevollmächtigte nimmt die Aufgabe des Vorsorgebevollmächtigten an und wird nach bestem Gewissen im Sinne des Inhabers dieser Verfügung handeln. Er hat mit dem Inhaber dieser Verfügung ausführlich und offen über die Bedeutung dieser Festlegungen und seine Wertvorstellungen gesprochen. Er spricht in regelmäßigen Abständen über den Fortbestand des hier festgelegten Willens. Der Vorsorgebevollmächtigte bezeugt, dass der Inhaber der Verfügung im Zeitpunkt der Festlegung seines Willens in der Lage war, Wesen, Bedeutung und Tragweite des Verfügten zu erkennen und frei zu handeln (Einwilligungsfähigkeit).

Unterschrift des Vorsorgebevollmächtigten: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### III. Meine Festlegungen zu medizinischer Behandlung (Patientenverfügung):

Diese Festlegungen sollen meine Ärzte im Sinne des §1901a BGB über meine Behandlungswünsche informieren für den Fall, dass ich im Notfall oder wegen anhaltender Einwilligungsunfähigkeit nicht mehr nach meinem Willen gefragt werden kann. Ich habe meine Wertvorstellungen und diese Festlegungen ausführlich mit meinem Vorsorgebevollmächtigten besprochen. Die schriftliche Festlegung soll es ihm erleichtern, gemeinsam mit den Ärzten eine Entscheidung in meinem Sinne zu treffen.

## Für den Rettungsdienst

### 1. Notfallsituation, notfallmedizinische Versorgung durch den Rettungsdienst

Festlegungen für den Fall einer plötzlichen lebensbedrohlichen Krise (zum Beispiel Schlaganfall, Herzversagen, Verkehrsunfall) (hier kann nur eine der Optionen a,b, oder c mit „ja“ beantwortet werden.)

- a.) Ja, ich möchte (gegebenenfalls trotz fortgeschrittenen Alters) notfallmedizinische Versorgung durch den Rettungsdienst in Anspruch nehmen und so lange auch intensivmedizinisch behandelt werden, bis meine Ärzte eine hinreichend gesicherte Diagnose stellen können:

ja ( ), nein ( )

- b.) Ja, ich möchte (gegebenenfalls trotz fortgeschrittenen Alters) notfallmedizinische Versorgung durch den Rettungsdienst in Anspruch nehmen und so lange auch intensivmedizinisch behandelt werden, bis meine Ärzte eine hinreichend gesicherte Diagnose stellen können:

ja ( ), nein ( )

mit Ausnahme von:

- Wiederbelebung ( )
- künstliche Beatmung über einen Schlauch ( )

- c.) Nein, ich möchte auf jeden Fall zu Hause/ im Pflegeheim in Ruhe gelassen werden und wünsche keine notfallmedizinische Behandlung. Ich wünsche eine ärztliche Behandlung nur insoweit, als ein Arzt alles tun soll, um Schmerzen und Leiden zu lindern.

ja ( ), nein ( )

## 2. Anhaltende Einwilligungsunfähigkeit

Ich wünsche lebensverlängernde Maßnahmen nur dann, wenn mein Zustand mit einer Lebensqualität verbunden ist, die für mich persönlich die Belastungen einer Behandlung als sinnvoll erscheinen lässt. Dabei bin ich mir darüber bewusst, dass oft keine ganz sichere Prognose gestellt werden kann und nehme ganz bewusst den Verlust einer kleinen Chance auf Wiederherstellung eines guten Lebens in Kauf.

**Die nachfolgenden Festlegungen treffe ich für den Fall, dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach dauerhaft in einem der nachfolgenden Zustände befinde (hier ist zu jedem Punkt eine Auswahl zu treffen).**

- 1.) Die unmittelbare Sterbephase: ja ( ) , nein ( )
- 2.) Das Endstadium einer nicht heilbaren Erkrankung, auch wenn der Tod noch nicht bevor steht: ja ( ) , nein ( )
- 3.) Dauerhaftes Wachkoma: ja ( ) , nein ( )
- 4.) Schwerer, vermutlich dauerhafter Hirnschaden infolge von Unfall / Intoxikation/ Schlaganfall oder ähnlichem: ja ( ) , nein ( )
- 5.) ständige Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit und eingeschränkte Fähigkeit, mit meinem Umfeld zu kommunizieren, etwa infolge einer Demenzerkrankung: ja ( ) , nein ( )
- 6.) schwere Pflegebedürftigkeit dergestalt, dass ich dauerhaft bettlägrig bin: ja ( ) , nein ( )
- 7.) sonstiges: \_\_\_\_\_
- 8.) \_\_\_\_\_
- 9.) \_\_\_\_\_

**Im Falle, dass ich mit großer Wahrscheinlichkeit in einem der oben genannten Zustände verbleiben werde, wünsche ich folgende ärztliche Behandlung:** (hier kann nur eine der Optionen a oder b mit „ja“ beantwortet werden.)

a.) Ich wünsche, dass alle Möglichkeiten der Medizin ausgeschöpft werden

ja ( ), nein ( )

b.) Ich möchte grundsätzlich keine lebensverlängernden, sondern leidensmindernde Maßnahmen.

**Folgende Maßnahmen lehne ich für die oben benannten Situationen ab:**

- |   |                  |
|---|------------------|
| - Wiederbelebung  | ja ( ), nein ( ) |
| - künstliche Beatmung über einen Schlauch                       | ja ( ), nein ( ) |
| - Dialyse   | ja ( ), nein ( ) |
| - vorübergehende künstliche Ernährung<br>(z.B. über Magensonde) | ja ( ), nein ( ) |
| - langfristige künstliche Ernährung (PEG)                       | ja ( ), nein ( ) |
| - künstliche Flüssigkeitszufuhr                                 | ja ( ), nein ( ) |
| - Antibiotika   | ja ( ), nein ( ) |
| - Sonstiges: _____  |                  |

**mit Ausnahme von** (folgende Maßnahmen wünsche ich in jedem Fall: )

- |   |                  |
|---|------------------|
| - Maßnahmen, die zur Leidenslinderung erforderlich sind,<br>einschließlich Operationen  | ja ( ), nein ( ) |
| - Linderung von Mundtrockenheit durch pflegerische Maßnahmen  | ja ( ), nein ( ) |
| - Schmerzmedikation, auch wenn sie möglicherweise zu einer<br>Lebensverkürzung führen könnte  | ja ( ), nein ( ) |
| - Dämpfende Medikation im Falle von schweren Schmerzen, Unruhe, Angst<br>oder Atemnot   | ja ( ), nein ( ) |
| - Tiefe Sedierung für den Fall anders nicht beherrschbarer Symptome, wie<br>Schmerzen, Unruhe, Angst oder Atemnot, auch wenn dazu das Bewusstsein<br>genommen werden muss | ja ( ), nein ( ) |

**III. Erklärungen für die Pflege und seelsorgerische Begleitung in der Sterbephase**  
*(dieses Feld kann auch leer bleiben.)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**IV. Allgemeine Wertvorstellungen zu Leben und Sterben, die diesen Festlegungen zugrunde liegen, persönliche Erfahrungen, die meinen Willen geprägt haben:** *(dieses Feld kann auch leer bleiben.)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## V. Zustandekommen dieser Verfügung

Ich habe mich über die medizinische und juristische Bedeutung meiner Festlegungen informiert, sie sind Ausdruck meiner festen Überzeugung.

Ich habe meinen Willen frei und ohne Einflussnahme Dritter gebildet. Ich habe meine Festlegungen und Wertvorstellungen mit meinem Vorsorgebevollmächtigten und meinen nächsten Angehörigen besprochen und werde mit diesen Personen sprechen, sollte ich meinen Willen ändern.

Ich weiss, dass ich meinen Willen jederzeit ändern kann.

Gezeichnet \_\_\_\_\_  
(Inhaber der Verfügung)

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## VII. Aktualisierung und Fortschreibung

Ich habe diese Verfügung erneut überprüft und bestätige ihre Richtigkeit.  
Änderungen habe ich gegebenenfalls mit Unterschrift und Datum **im Text** vermerkt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
Unterschrift

---

Ich habe diese Verfügung erneut überprüft und bestätige ihre Richtigkeit.  
Änderungen habe ich gegebenenfalls mit Unterschrift und Datum **im Text** vermerkt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
Unterschrift

---

Ich habe diese Verfügung erneut überprüft und bestätige ihre Richtigkeit.  
Änderungen habe ich gegebenenfalls mit Unterschrift und Datum **im Text** vermerkt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
Unterschrift

Zum Ausschneiden für den Geldbeutel, am besten direkt hinter die Versicherungskarte heften:

Name: \_\_\_\_\_

**Achtung, ich habe eine Patientenverfügung!**

Sie finden sie an diesem Ort:

**Bitte benachrichtigen Sie sofort:**

Vorsorgebevollmächtigten \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_