

Informationen zur Patientenverfügung

Sinn und Zweck

Mit der Patientenverfügung können Sie Regelungen Ihrer medizinischen Versorgung im Voraus für den Fall festlegen, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, den eigenen Willen zu äußern, z. B. nach einem Unfall oder einer plötzlichen schweren Erkrankung. Darüber hinaus benennen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die die von Ihnen schriftlich getroffenen Entscheidungen im Sinne des Patienten betreibt, wenn Sie dazu nicht mehr in der Lage sind. Diese Willenserklärung ist für Ärzte, das Behandlungspersonal und die Vertrauensperson bindend. (BGH-Entscheidung v. 17.03.2003)

Aufbewahrung

Geben Sie allen Beteiligten (z. B. Ihrem Vertreter, Ihrem behandelnden Arzt oder sonstigen Zeugen) eine Kopie Ihrer Patientenverfügung und vermerken Sie hierauf, wo sich das Original dieser Patientenverfügung befindet. Sofern eine Einweisung ins Krankenhaus oder in ein Pflegeheim geplant ist, nehmen Sie eine Kopie Ihrer Patientenverfügung mit und übergeben diese dem behandelnden Arzt bzw. der Stationschwester.

Gültigkeit

Patientenverfügungen sind so lange gültig bis diese widerrufen oder durch eine neue Patientenverfügung ersetzt werden. Jeder nach dem Gesetz Geschäftsfähige kann eine Patientenverfügung erstellen. Diese ist auch dann gültig, wenn sie **nicht** notariell beglaubigt ist (siehe BG-Entscheidung v. 17.03.2003). Es empfiehlt sich jedoch, die Patientenverfügung mit dem behandelnden Arzt bzw. Hausarzt zu besprechen und diesem die ausgefüllte Patientenverfügung zu zeigen, damit er als Zeuge die Authentizität der Unterschrift und die noch vorhandene Geschäfts- und damit Einwilligungsfähigkeit des Patienten bestätigt.

Patientenverfügung

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Für den Fall, dass ich auf Grund einer irreversiblen Bewusstlosigkeit, einer schweren direkten oder indirekten Dauerschädigung des Gehirns oder einer anderen Erkrankung entscheidungsunfähig bin und mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten nicht mehr selbst ausüben oder nicht mehr äußern kann, bestimme ich Folgendes:

Bei einem andauernden, irreparablen Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder bei einer unheilbaren Krankheit, die definitiv bzw. mit einer sehr großen Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit zum Tode führt, bin ich mit lebensverlängernden Maßnahmen (wie z. B. Intensivtherapie, Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Bluttransfusion oder -wäsche, künstliche Ernährung, Antibiotikabegabe bei fieberhaften Begleitsymptomen, andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung etc.) nicht einverstanden.

Die Behandlung und Pflege soll allein auf die Linderung von Schmerzen sowie die ausreichende Versorgung, ggf. mit künstlicher Flüssigkeit, gerichtet sein, um ein unnötiges Leiden zu vermeiden und den notwendigen Flüssigkeitsspiegel im Körper zu erhalten.

Die obige Diagnose und Prognose bestätigen zwei mit meinem Krankheitsbild vertraute Ärzte. Darüber hinaus bitte ich, dieses Dokument zu meinen Krankenakten zu nehmen und, sofern ich in einem Alten- oder Pflegeheim lebe, dem Träger des Heimes für eine mögliche Einweisung ins Krankenhaus mitzugeben.

Meine Vertrauensperson, _____, soll meinen Willen im Sinne dieser Patientenverfügung einbringen. Des Weiteren hat meine Vertrauensperson das Recht, meine Krankenakten einzusehen und in deren Herausgabe an Dritte einzuwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nicht ärztliche Mitarbeiter gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Sofern dieser Patientenverfügung eine Erklärung über die Bereitschaft zur Organspende (Organspendeausweis) beigefügt ist, soll diese als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Erklärung nach Information über die rechtlichen und medizinischen Folgen bei vollständiger geistiger Klarheit und Geschäftstätigkeit getroffen. Sie ist so lange gültig bis ich sie widerrufe oder eine neue Patientenverfügung erstelle.

Ort/Datum

Unterschrift

Bestätigung durch einen Zeugen:

Ort/Datum

Unterschrift

Informationen zur Vorsorgevollmacht

Sinn und Zweck

Mit der Vorsorgevollmacht benennen Sie vorsorglich für den Fall, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, den eigenen Willen zu äußern, z. B. nach einem Unfall oder einer plötzlichen schweren Erkrankung, einen Vertreter Ihres Vertrauens, der Sie in den von Ihnen festgelegten Bereichen (Gesundheitsfürsorge/Pflege, Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Post und Fernmeldeverkehr, Vertretung vor Behörden, Vermögensangelegenheiten und persönliche Angelegenheiten etc.) vertritt und Ihre Wünsche für Sie regelt. Sofern eine gesetzliche Vertretung erforderlich ist, können Sie in der Vorsorgevollmacht Ihren Wunsch äußern, die von Ihnen namentlich genannte Person zu Ihrem Betreuer ernennen zu lassen.

Aufbewahrung

Geben Sie allen Beteiligten (z. B. Ihrem Vertreter, Ihrem behandelnden Arzt oder sonstigen Zeugen) eine Kopie Ihrer Vorsorgevollmacht.

Gültigkeit

Vorsorgevollmachten besitzen Gültigkeit bis zu ihrem Widerruf und gelten je nach schriftlicher Fixierung über den Tod hinaus. Dies ist sogar sinnvoll, da zwischen Tod und Ausgabe des Erbscheines an die Erben sonst kein Entscheidungsträger zur Verfügung steht. Jeder nach dem Gesetz Geschäftsfähige kann eine Vorsorgevollmacht erstellen und seinerseits einen voll Geschäftsfähigen benennen. Am besten kann ein Arzt die volle Geschäftsfähigkeit attestieren. Deshalb empfiehlt es sich, die ausgefüllte Vorsorgevollmacht dem behandelnden Arzt bzw. Hausarzt zu zeigen, damit er als Zeuge die Authentizität der Unterschrift und die noch vorhandene Geschäfts- und damit Einwilligungsfähigkeit des Patienten bestätigt.

Diese ist auch dann gültig, wenn sie nicht notariell beglaubigt ist. Sofern die Vorsorgevollmacht auch die Verfügungsgewalt über Immobilien beinhalten soll, ist zu beachten, dass in diesem Fall die notarielle Beurkundung unerlässlich ist. Darüber hinaus empfiehlt es sich, die Verfügungsvollmacht über Bankkonten und Depots auf den bankeigenen Formularen registrieren zu lassen.

Vorsorgevollmacht

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum und -ort: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Für den Fall, dass ich auf Grund körperlicher oder geistiger Krankheit oder einer Behinderung entscheidungsunfähig bin, bevollmächtige ich gem. §§ 1896 II 2, 185, 164 ff BGB die nachstehende Person meines Vertrauens, mich in allen nachfolgend angekreuzten Angelegenheiten zu vertreten.

Meine Vertrauensperson ist:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum und -ort: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

- Gesundheitsfürsorge/Pflege (1)
- Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten (2)
- Post und Fernmeldeverkehr (3)
- Vertretung vor Behörden (4)
- Vermögensangelegenheiten (5)
- Persönliche Angelegenheiten (6)

(1) Gesundheitsfürsorge/Pflege

Dies beinhaltet die Entscheidung über sämtliche ärztliche Verordnungen, Behandlungen oder Eingriffe incl. der Einwilligung zur Unterlassung oder Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen. Sofern eine Patientenverfügung vorhanden ist, ist diese vorrangig zu beachten.

Des Weiteren ist meine Vertrauensperson ermächtigt, meine Krankenunterlagen einzusehen und deren Herausgabe an Dritte zu bewilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nicht ärztliche Mitarbeiter gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

(2) Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Meine Vertrauensperson ist ermächtigt, meinen Aufenthalt, speziell die Einweisung in ein Krankenhaus oder in ein Pflegeheim, ebenso wie meine Bewegungsfreiheit (Bettgitter, Bauchgurt, etc.) zu bestimmen. Im Falle einer dauerhaften Unterbringung darf sie das Mietverhältnis kündigen und meinen Hausstand auflösen. Des Weiteren ist sie befugt, Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken sowie Senioren- und Pflegeheimen abzuschließen.

(3) Post und Fernmeldeverkehr

Sämtliche für mich bestimmte Post darf von ihr entgegen genommen und geöffnet werden. Darüber hinaus darf sie über den Fernmeldeverkehr entscheiden, was auch Vertragsabschlüsse bzw. Kündigungen einschließt.

(4) Vertretung vor Behörden

Meine Vertrauensperson ist bevollmächtigt, mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern zu vertreten und entsprechende Anträge auf Leistungen zu stellen und ggf. den Rechtsweg einzuschlagen.

(5) Vermögensangelegenheiten

Dies beinhaltet die Verwaltung meines Vermögens im In- und Ausland, die Abgabe und Entgegennahme von Erklärungen aller Art, die Erlaubnis die zur Beibehaltung meines bisherigen Lebensstandards notwendigen Kosten (für Versicherungen, nicht gedeckte Arztkosten, laufende Mieten und sonstige laufende Kosten) aus meinem Vermögen zu nehmen, Zahlungen und Wertgegenstände in meinem Namen anzunehmen und darüber zu quittieren, bewegliche Sachen, Grundstücke und Rechte erwerben (Hypotheken, Grundschulden etc.), zu bestellen, zu kündigen, aufzugeben und auf jede Art zu veräußern. Darüber hinaus soll meine Vertrauensperson mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. Gleichzeitig ist sie befugt, in meinem Namen Vergleiche abzuschließen, Verzichte zu erklären und Ansprüche anzuerkennen.

(6) Persönliche Angelegenheiten

Die Vollmacht ist bis zu einem schriftlichen Widerruf meinerseits gültig.

Ich habe diese Erklärung nach Information über die rechtlichen und medizinischen Folgen bei vollständiger geistiger Klarheit und Geschäftstätigkeit getroffen. Sie ist so lange gültig bis ich sie widerrufe oder eine neue Vorsorgevollmacht erstelle.

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung erforderlich sein sollte, so bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer einzusetzen. Auch möchte ich, dass die in dieser und möglichen weiteren Verfügungen fixierten Wünsche, Werte und Verfügungen bei Entscheidungen durch das Vormundschaftsgericht und gesetzlicher Vertreter berücksichtigt werden.

Vergütung

Meiner Vertrauensperson sollen die bei der Ausübung dieser Vollmacht entstandenen Kosten aus meinem Vermögen erstattet werden. Eine weitergehende Vergütung erhält meine Vertrauensperson nicht.

Ort/Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Ich habe von dem Inhalt der Vollmacht Kenntnis genommen und willige ein, den/die Vollmachtgeber/in in den oben genannten Angelegenheiten zu vertreten.

Ort/Datum

Unterschrift des Vollmachtnehmers

Das Original dieser Vollmacht befindet sich _____