

Leitfaden für die persönliche Vorsorge

- Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten
- Patientenverfügung
- Betreuungsverfügung
- Vollmacht



❖ Vorwort



Rudolf Henke

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

immer mehr Menschen wollen Vorsorge treffen für eine Lebensphase, in der sie nicht mehr oder nur noch eingeschränkt selbst dazu in der Lage sind, ihre Angelegenheiten abzuwickeln und die damit verbundenen Entscheidungen zu treffen. Solche Lebenssituationen ergeben sich häufig mit zunehmendem Alter durch chronische Krankheiten, aber auch unabhängig vom Lebensalter durch das Fortschreiten bestimmter Erkrankungen oder durch unvorhersehbare Unfälle. Es kann sozusagen jeden in jedem Alter treffen. Daher möchten viele Menschen frühzeitig Verfügungen verfassen, um später auf diese Situation gut vorbereitet zu sein. Der Umgang mit Patientenverfügungen beispielsweise ist seit 2009 durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts auch gesetzlich geregelt. Volljährige, einwilligungsfähige Bürger können demnach im Vorgriff für den Fall künftiger Einwilligungsunfähigkeit rechtsverbindlich in medizinische Behandlungen einwilligen oder diese ablehnen. Die Zahl der Patientenverfügungen ist seither stark angestiegen, neueren Erhebungen zufolge nutzt mittlerweile jeder dritte bis vierte Bundesbürger dieses Vorsorgeinstrument.

Untersuchungen zufolge kann die Patientenverfügung in der Praxis aber häufig gar keine Wirkung entfalten, da sie etwa nicht auffindbar oder nicht aussagekräftig genug ist. Die Anwendung ist dann problematisch, wenn die Verfügung nicht situationsgenau greift und der Wille des entscheidungsfähigen Menschen, den die Patientenverfügung ja widerspiegeln soll, nicht ohne weiteres auf die jeweilige Situation übertragbar ist. Daher sollte auch die sogenannte Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten genutzt werden, um den konkreten und zuvor meist nicht genau bekannten Krankheitsfall mit zu erfassen.

Die Ärztekammer Nordrhein gibt Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten mit dem vorliegenden Leitfaden für die persönliche Vorsorge eine Hilfestellung für die Aufstellung von unterschiedlichen Vorsorgeverfügungen und Vollmachten an die Hand. Mit der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten, mit der man einer anderen Person die Wahrnehmung von Gesundheitsangelegenheiten bei Verlust der eigenen selbstverantwortlichen Regelungsfähigkeit übertragen kann, ist dann auch der Fall abgesichert, wenn die Patientenverfügung nicht alle Behandlungssituationen erfasst. Die Mustervordrucke stellen Vorschläge des Bundesministeriums der Justiz und der Ärztekammer Nordrhein dar und können bei Bedarf entsprechend der individuellen Bedürfnisse der Verfasser verändert oder ergänzt werden. Die Patientenverfügung sollte regelmäßig überprüft werden.



Rudolf Henke
Präsident der Ärztekammer Nordrhein



Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
www.aekno.de

❖ Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

Mit der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten können Sie einer **anderen Person** die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten Ihre Gesundheitspflege betreffend für den Fall **übertragen**, dass Sie in Folge Krankheit oder Behinderung vorübergehend oder dauerhaft nicht **selbst** in der Lage sind, Ihre gesundheitlichen Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen. Die bevollmächtigte Person darf dann **bei Vorlage der Vollmacht** für Sie handeln. Weiterer Maßnahmen bedarf es hierzu nicht. Die Bestellung einer Betreuungsperson durch das Gericht erübrigt sich damit.

Es kann durchaus sinnvoll sein, die Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten von einer Generalvollmacht für alle anderen Angelegenheiten zu trennen, da dies die Möglichkeit bietet, unterschiedlichen Personen Vollmacht zu erteilen, um gegebenenfalls mögliche Interessenswidersprüche zu vermeiden.

Die Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten sollte die Person erhalten, die bereit und in der Lage ist, zeitnah die notwendigen medizinischen Entscheidungen zu Ihrem Wohl zu treffen. In jedem Fall sollten Sie im Vorhinein mit der Person über Ihre Absicht sprechen und deren Zustimmung einholen.

❖ Patientenverfügung

In der Patientenverfügung können Sie für den Fall, dass Sie in Folge Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, Ihre gesundheitlichen Angelegenheiten zu besorgen, Vorsorge dafür treffen, ob und wie eine medizinische Behandlung erfolgt. Sie **selbst entscheiden** somit im Vorhinein über die Behandlung. Eine wirksame Patientenverfügung setzt voraus, dass hier sowohl die Krankheitszustände als auch Ihr Wille konkret beschrieben werden. Der Geltungsbereich einer Patientenverfügung birgt Risiken, wenn die getroffenen Festlegungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Wenn der Wille der Patientin/des Patienten nicht eindeutig und sicher festgestellt werden kann, dient die Patientenverfügung dazu mit Hilfe von bevollmächtigten Betreuern oder dem Betreuungsgericht den mutmaßlichen Patientenwillen festzustellen.

Es empfiehlt sich die Patientenverfügung mit dem Hausarzt zu besprechen, um den konkreten Willen bezogen auf den Behandlungsfall möglichst konkret beschreiben zu können.



Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten →	S. 7
Patientenverfügung →	S. 11
Betreuungsverfügung →	S. 17
Vollmacht →	S. 19



🔗 **Betreuungsverfügung**

Mit der **Betreuungsverfügung** können sie im Voraus festlegen, wen das **Gericht** als Betreuerin oder Betreuer **bestellen** soll, wenn es ohne rechtliche Betreuung nicht mehr weiter geht, weil Sie in Folge Krankheit oder Behinderung nicht mehr in der Lage sind, Ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen und keine Bevollmächtigung für eine Person schriftlich erteilt haben, die berechtigt ist, in Ihrem Sinne Entscheidungen zu treffen.

Mit der **Betreuungsverfügung** legen Sie fest, wer Betreuerin oder Betreuer werden soll. Wird eine Betreuung notwendig, sind Ihre Wünsche vom Gericht grundsätzlich zu berücksichtigen.

Es ist möglich, auch inhaltliche Vorgaben für die Betreuerin/den Betreuer zu machen, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht ist.

Vor der Erstellung einer **Betreuungsverfügung** empfiehlt es sich, mit der ausgewählten Person über Ihre Absicht zu sprechen sie als Betreuerin oder Betreuer in die Verfügung aufzunehmen.

🔗 **Vollmacht**

Mit einer **Vollmacht**, die oft auch als Generalvollmacht oder Vorsorgevollmacht bezeichnet wird, sorgen Sie dafür, dass eine **andere Person bevollmächtigt** wird, alle rechtlichen Angelegenheiten für Sie zu besorgen. Die (General-/Vorsorge-)Vollmacht ist eine umfassende Vollmacht, die grundsätzlich alle Rechtsgeschäfte betrifft.

Die **Vollmacht** sollte öffentlich beglaubigt werden, um diese rechtssicher zu machen. Nur dann steht fest, dass die Unterschrift echt ist. Die Beglaubigung der Unterschrift kann durch einen Notar oder durch Betreuungsbehörden/Betreuungsvereine erfolgen. Die Beglaubigung ist kostenpflichtig. Daneben besteht die Möglichkeit, die **Vollmacht** durch einen Notar erstellen zu lassen, der Sie dann auch hinsichtlich der Inhalte berät.

Die notarielle Beurkundung ist in vielen Fällen, insbesondere in Vermögensangelegenheiten, erforderlich, damit die **Vollmacht** im Rechtsverkehr Rechtswirksamkeit entfaltet. Dazu gehören insbesondere Bank- und Vermögensgeschäfte. Eine (General-/Vorsorge-)Vollmacht kann auch mit einer **Vollmacht** für Gesundheitsangelegenheiten und einer **Betreuungsverfügung** kombiniert werden. Hierbei sollte darauf geachtet werden, dass die Gesundheitsangelegenheiten dann aus der (General-/Vorsorge-)Vollmacht ausgenommen werden.



Hinweis zum Umgang mit den Dokumenten:

Die Urkunde sollte an einem gut auffindbaren Ort verwahrt werden, da die Dokumente im Handlungsfall **im Original vorgelegt** werden müssen. Vollmachten (Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten und Generalvollmachten) sollten im Original im Besitz der/des Bevollmächtigten sein, oder aber diese/dieser muss im Handlungsfall unmittelbar Zugriff auf das Dokument erhalten können.

Patientenverfügung und Betreuungsverfügung sind ebenfalls so zu hinterlegen, dass Bevollmächtigte oder sonstige Personen unmittelbar darauf Zugriff nehmen können, damit sie im Verwendungsfall unmittelbar eingesetzt werden können. Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung sowie die Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten auch bei der Hausärztin/beim Hausarzt in Kopie zu den Akten zu legen.

Private und notarielle Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen können zudem beim „Zentralen Vorsorgeregister“ der Bundesnotarkammer unter **www.vorsorgeregister.de** registriert werden. Zugriffsberechtigt auf dieses Register sind jedoch nur Gerichte.

Bitte beachten Sie auch, dass Kopien von Verfügungen und Vollmachten im Rechtsverkehr nicht verwendet werden können. Gültig ist immer nur das Original. Dies dient auch zu Ihrem Schutz, da Urkunden auch wieder vernichtet werden können, wenn Sie diese nicht mehr aufrechterhalten wollen.

Weitere Informationen:

- Bundesministerium der Justiz, Broschüre „Patientenverfügung“, Stand: 06/2013, und Broschüre „Betreuungsrecht“, Stand: 04/2013, sowie „Textbausteine Patientenverfügung“
- Weitere Informationen rund um die Themen Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung finde Sie auf der Website des Zentralen Vorsorgeregisters der Bundesnotarkammer unter **www.vorsorgeregister.de**



Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

Ich, Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

erteile

meiner/meinem Bevollmächtigten Frau Herrn

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

die Vollmacht, mich

in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheit und meine Pflege betreffen,

nur in besonderen Angelegenheiten

Bitte einfügen,
in welchen Fällen:

.....
.....
.....
.....
.....

zu vertreten.



Frau/Herr

darf in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheitsvorsorge betreffen, einschließlich der ambulanten und/oder stationären Pflege entscheiden, soweit ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder meines Geisteszustandes nicht oder nicht mehr in der Lage bin, mich bzgl. der medizinischen und pflegerischen Versorgung selbst zu äußern oder eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Voraussetzung ist die andauernde oder vorübergehende Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten.

Die/Der Bevollmächtigte darf insbesondere in sämtliche medizinische und pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsvorsorge einwilligen.

ja nein

nur in besonderen Angelegenheiten

Bitte einfügen,
in welchen Fällen:

.....
.....
.....

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

ja nein

Die/Der Bevollmächtigte darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff auch dann einwilligen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

Zur Information: Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

ja nein noch nicht

Sie/Er darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 4 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung gemäß § 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dies meinem Wohl dient.

ja nein

Die/Der Bevollmächtigte darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

ja nein

Sofern ich zusätzlich eine Patientenverfügung erstellt habe, hat die/der Bevollmächtigte dies zu beachten. Sie ist für die/den Bevollmächtigte/Bevollmächtigten verbindlich.

ja nein

Sie/Er darf Krankenunterlagen einsehen.

ja nein

Die/Der Bevollmächtigte darf mich gegenüber den Trägern der Leistungen der Krankenkassen und der Pflegeversicherung vertreten. Im Rahmen der Beantragung von Pflegeleistungen darf auch ein Zielkonto für Leistungen angegeben werden.

Ersatzbevollmächtigte/r

Falls die/der genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein sollte, vorgenannte Aufgabe(n) zu übernehmen, so benenne ich folgende Ersatzperson zu meiner/meinem Ersatzbevollmächtigten: Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

Die Ersatzbevollmächtigung erstreckt sich auf die Dauer der Verhinderung der/des Bevollmächtigten.

Mit der Unterschrift bestätigen die zuvor benannten Bevollmächtigten, dass sie mit der Bevollmächtigung einverstanden sind. Sie sichern zu, sich dafür einzusetzen, meine Wünsche und Wertvorstellungen zu vermitteln.

Ort, Datum / Unterschrift
Bevollmächtigte/r

Ort, Datum / Unterschrift
Ersatzbevollmächtigte/r

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, dann die/den oben bezeichnete/n Bevollmächtigte/n als Betreuerin/Betreuer zu bestellen, ersatzweise die/den Ersatzbevollmächtigte/n.

Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum / Unterschrift

Für evtl. Bestätigungen
der Verfügungen
zu einem späteren
Zeitpunkt (nicht gesetz-
lich vorgeschrieben):

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift,
dass ich den Inhalt meiner
Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten überprüft habe
und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift



Patientenverfügung

Ich, Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst.

Für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, bestimme ich für die nachfolgende(n) Situation(en)

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen
- wenn die nachfolgend genannte Situation eintritt (eigene Beschreibung der Anwendung):

Anmerkung: Bitte beschreiben Sie möglichst konkret, wie in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation gehandelt werden soll. Was soll in welcher Situation getan bzw. unterlassen werden (z. B. Angaben zur Schmerz- und Symptombehandlung, künstlichen Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebung, künstlichen Beatmung, Antibiotikagabe oder Dialyse, etc.)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Folgendes: Ich möchte in Würde sterben.

Dazu gehört für mich:

Unter den oben aufgeführten und angekreuzten Situationen sollen Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Weiterhin wünsche ich in den oben beschriebenen und angekreuzten Situationen, dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt/erfolgen.

Auch soll der Versuch der Wiederbelebung in der/den oben beschriebenen und angekreuzten Situation(en) unterlassen werden und eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt werden bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

Nicht nur in der/den oben beschriebenen und angekreuzten Situation(en), sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

In der/den oben beschriebenen und angekreuzten Situation(en) wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

In der/den oben beschriebenen und angekreuzten Situation(en) wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird, Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung gegeben werden und die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt.

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Beistand durch folgende Personen:

.....
.....

Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

.....
.....

hospizlichen Beistand.

Bitte nur **eine** der beiden Alternativen ankreuzen:

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

.....
.....
.....

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine notarielle **Generalvollmacht** erteilt an: Frau Herrn

Vorname, Nachname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Telefon
Mobil
Fax
Mail
Geburtsdatum, Geburtsort

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: Frau Herr

Vorname, Nachname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Telefon
Mobil
Fax
Mail
Geburtsdatum, Geburtsort



Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt.

Gewünschte/r Betreuerin/Betreuer Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

.....

.....

.....

.....

Organspende

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien des Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.

oder:

- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien des Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach dem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Sofern dieser Patientenverfügung gesondert ergänzende Erläuterungen, Erklärungen oder Angaben zu Krankheiten oder sonstigen Lebensumständen beigelegt sind, sollen diese Bestandteil dieser Patientenverfügung sein.

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreterin/mein Vertreter – z. B. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter – z. B. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
 - meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
 - folgender anderer Person:

-
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder das Behandlungsteam oder meine Bevollmächtigte/mein Bevollmächtigter oder meine Betreuerin/mein Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
 - meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
 - folgender anderer Person:
-



Ärztin/Arzt meines Vertrauens

Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Beratung

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Frau Herrn

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum / Unterschrift

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):
Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Betreuungsverfügung

Ich, Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

**lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine
Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb eine
Betreuerin/ein Betreuer für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:**

Zu meiner Betreuerin/meinem Betreuer soll bestellt werden: Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

**Falls die vorstehende Person nicht zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden kann,
soll folgende Person bestellt werden:** Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort



Auf keinen Fall soll zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden: Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin/den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.
2.
.....
3.
.....

Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum / Unterschrift

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):
Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Betreuungsverfügung überprüft habe und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Vollmacht

Ich, Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

erteile

meiner/meinem Bevollmächtigten Frau Herrn

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

die Vollmacht, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.

1. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheit

Die/Der Bevollmächtigte darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

ja nein

Sie/Er darf einen neuen Wohnmietvertrag abschließen und kündigen.

ja nein

Sie/Er darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

ja nein



2. Behörden

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

ja nein

3. Vermögenssorge

Die/Der Bevollmächtigte 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,

ja nein

namentlich:

über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**Bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**),

ja nein

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,

ja nein

Verbindlichkeiten eingehen (**Bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**),

ja nein

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einer Betreuerin/einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

ja nein

Folgende Geschäfte soll sie/er **nicht** wahrnehmen können:

.....

.....

.....

Hinweise:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.

2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihr/ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

4. Post und Telekommunikation

Sie/Er darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über die Telekommunikation entscheiden. Sie/Er darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja nein

5. Vertretung vor Gericht

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

ja nein

6. Untervollmacht

Sie/Er darf Untervollmacht erteilen.

ja nein

7. Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuerin/Betreuer zu bestellen.

ja nein

8. Weitere Regelungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum /Unterschrift
Bevollmächtigte/r

Ort, Datum / Unterschrift
**Vollmachtgeberin/
Vollmachtgeber**



Impressum

Herausgeber:

Ärztelammer Nordrheiu
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
www.aekno.de

5. Auflage 2017

Gestaltung:

co/zwo.design, Düsseldorf

© Ärztelammer Nordrheiu

Bildnachweis:

Jochen Rolfes (Foto von Rudolf Henke)
Fotolia © michaeljung (Titelfoto)
Fotolia © K.-U. Häßler (S. 3 & S. 6 unten)
Fotolia © Melpomene (s. 6 oben)
Fotolia © Alexander Raths (S. 4)
Fotolia © Sandor Kacso (S. 5)

Ärztammer Nordrhein

Tersteegenstraße 9

40474 Düsseldorf

www.aekno.de