



# Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

Leopoldstraße 16 • 32756 Detmold • Telefon 05231-962800  
e-mail: info@hospiz-lippe.de • Internet: www.hospiz-lippe.de

## Informationen zur Patientenverfügung und zur Vorsorgevollmacht

Immer mehr Menschen machen sich Gedanken darüber, ob sie bei schwerer Erkrankung in jedem Fall alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen wollen. Viele können sich Situationen vorstellen, in denen sie auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten wollen.

Wenn nichts vorweg bedacht und geregelt ist, können Ärzte und Angehörige am Bett eines schwerstkranken oder bewusstlosen Patienten kaum herausfinden, ob lebensverlängernde Maßnahmen in seinem Sinn wären.

Besonders belastend ist eine Situation, in der die Angehörigen in der Einschätzung des Patientenwillens

nicht einig sind. Deshalb gibt es die Möglichkeit, in guten Tagen aufzuschreiben, wann in bestimmten extremen Krankheitssituationen lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben sollen und wer dann bevollmächtigt mit dem behandelnden Arzt sprechen darf.

Selbstverständlich kann niemand alle Einzelheiten aller denkbaren Notsituationen im Voraus bedenken und regeln.

Daher ist es sinnvoll, zusammen mit der Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht zu erstellen. Hierfür enthält der anliegende Vordruck umfangreiche Formulierungsvorschläge, die der Verein mit Hilfe von Ärzten und Juristen erarbeitet hat.

### 2 Faltkarten für Handschuhfach und Portmonee (bitte ausschneiden)

#### Ich habe eine Patientenverfügung

Mein Name

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Telefon

#### Ich habe eine Patientenverfügung

Mein Name

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Telefon

Viele weitere sehr unterschiedliche Patientenverfügungen finden Sie im Buchhandel und im Internet.

Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille ist in allen Situationen, in denen der Betroffene seine Anliegen nicht mehr selbst vertreten kann, unbedingt zu respektieren. Der Arzt – auch der Bevollmächtigte – muss nicht alles tun, was der Patient verlangt, aber er darf nichts tun, was der Patient ausdrücklich nicht will.

Falls (im seltenen Ausnahmefall) der Bevollmächtigte und der behandelnde Arzt trotz vorliegender Patientenverfügung den Willen des Patienten unterschiedlich einschätzen, muss das Betreuungsgericht (beim Amtsgericht) um Hilfe und Entscheidung gebeten werden.

## WAS IST ZU TUN?

1. Sie entscheiden sich, eine persönliche Patientenverfügung haben zu wollen.
2. Sie informieren sich evtl. über verschiedene Musterformulierungen.
3. Sie entscheiden sich für eine Patientenverfügung, die zu Ihren Vorstellungen und zu Ihrer Lebenseinstellung passt.
4. Sie suchen im Kreis Ihrer Familie, Verwandtschaft oder Bekanntschaft eine Vertrauensperson (möglichst mehrere) die bereit ist, im Ernstfall als Ihr Bevollmächtigter mit dem behandelnden Arzt zu sprechen und Ihre Anliegen zu vertreten.
5. Sie führen mit Ihren ausgewählten Bevollmächtigten ausführliche Gespräche über jeden einzelnen Satz Ihrer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (damit später im Ernstfall nur das geschieht, was Sie für sich wollen).
6. Sie unterschreiben Ihre Patientenverfügung einschließlich der Vollmacht und lassen sich von einem Zeugen bestätigen, dass Sie eigenhändig unterschrieben haben.
7. Sie verteilen Kopien Ihrer Patientenverfügung an Ihre Bevollmächtigten und eventuell an Angehörige und Ihren Hausarzt.
8. Sie legen Ihre Patientenverfügung auffindbar für den Bevollmächtigten zu Ihren persönlichen Papieren (z.B. Familienstammbuch, Testament etc.)

## WICHTIGE HINWEISE

- Im unvorhersehbaren Notfall unter Zeitdruck (z. B. Unfall) findet selbstverständlich zunächst eine Erstversorgung statt. Bei der Weiterbehandlung wird dann im Sinn der Patientenverfügung gehandelt.
- Die Patientenverfügung muss nicht notariell beglaubigt oder durch eine ärztliche Beratung abgesichert werden. Sie muss nicht in Abständen erneut unterschrieben werden.
- Gelegentlich sollte überlegt werden, ob die Patientenverfügung unverändert gelten soll. Änderungen sind jederzeit möglich, sollten zusätzlich unterschrieben und unverzüglich den Bevollmächtigten zugeleitet werden.
- Auf speziellen Formularen können weitere Bereiche per Vollmacht geregelt werden wie z.B. Post- und Fernmeldeverkehr, Vertretung vor Behörden, Versicherungen und Gerichten, Mietvertrags- und Haushaltsauflösung, Verwaltung des Vermögens, Verkauf von Immobilien, Organspende.

Ich habe eine Patientenverfügung.  
Bitte benachrichtigen Sie im Falle meiner Bewusstlosigkeit:

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

--- oder ---

Ich habe eine Patientenverfügung.  
Bitte benachrichtigen Sie im Falle meiner Bewusstlosigkeit:

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

--- oder ---

## PATIENTENVERFÜGUNG UND VORSORGEVOLLMACHT (siehe unten)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich möchte nicht in jedem Fall alle verfügbaren medizinischen Möglichkeiten nutzen und möchte möglichst in einer mir vertrauten Umgebung sterben. Alle, die dann zuständig oder in meiner Nähe sind, bitte ich, mir im Sinne dieser Verfügung beizustehen. Grundsätzlich ist es mir wichtiger, der letzten Phase meines Lebens mehr Qualität zu geben, als die letzte Zeit unter Verlust von Lebensqualität zu verlängern. Aktive Sterbehilfe lehne ich ab.

**Lebensverlängernde Maßnahmen und Wiederbelebungsversuche lehne ich ab, falls ich mit hoher Wahrscheinlichkeit unumkehrbar ...**

- ... im unmittelbaren Sterbeprozess bin.
- ... das Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit erreicht habe.
- ... bewusstlos oder im Wachkoma bin.
- ... schwer hirngeschädigt bin (so dass ich z.B. nicht mehr weiß, wer ich bin oder Angehörige und Freunde nicht mehr erkenne).
- ... in einen Zustand geraten bin, in dem ich Liebe, Zuwendung und Fürsorge nicht mehr mit positiven Empfindungen annehmen kann.
- ... durch seelische oder körperliche Qualen meine Zustimmung zum Weiterleben verloren habe.

Weiteren Untersuchungen stimme ich in diesen Situationen nur zu, sofern sie zur Linderung von Qualen notwendig sind. Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheiten sollen entsprechend behandelt werden.

Wenn eine der vorgenannten Situationen eintritt, stimme ich künstlicher Ernährung oder künstlicher Flüssigkeitszufuhr nur dann zu, wenn erkennbar ist, dass ich noch Hunger oder Durst empfinden kann. Ich erbitte eine gute Mundpflege.

In jedem Fall liegt es im Ermessen meines Bevollmächtigten, ob er sich zusätzlich zu der Einschätzung des behandelnden Arztes um weitere medizinische Hilfe bei der Erstellung von Diagnose und Prognose bemüht. Mir ist bewusst, dass der weitere Verlauf einer Krankheit nicht mit absoluter Sicherheit vorhersehbar ist. Auch nehme ich das Restrisiko bei der Auffindung meines mutmaßlichen Willens bewusst in Kauf.

Ich bitte um lindernde Pflege (Palliativ-Medizin), insbesondere ausreichende Schmerztherapie, unabhängig von allen denkbaren Nebenwirkungen.

### Weitere persönliche Erklärungen füge ich auf einem Extrablatt bei!

z. B. Wunsch nach:  
einem bestimmten Arzt, Heilpraktiker, Krankengymnasten ... – Begleitung durch den Hospizdienst – Besuch eines Seelsorgers/Seelsorgerin – Besuch von bestimmten Verwandten oder Bekannten – bestimmter Musik – besonderer Körperpflege oder weitere persönliche Wünsche

ja (bitte ankreuzen)  nein

## VORSORGEVOLLMACHT für die Bereiche Gesundheitsvorsorge und Aufenthaltsbestimmung

- Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.
  - Sie darf insbesondere in alle medizinischen Untersuchungen, Behandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen oder diese verweigern, auch wenn die Gefahr besteht, dass ich daran sterben oder schweren gesundheitlichen Schaden erleiden könnte, sofern dies meinem festgestellten Willen entspricht, erforderlichenfalls mit Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 Abs. 1 BGB).
  - Sie darf lebensverlängernden Maßnahmen in meinem Sinn zustimmen oder diese verweigern (§ 1904 Abs. 2 BGB).
  - Sie darf über freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Gurte im Bett oder am Rollstuhl) gem. § 1906 Abs. 1 BGB mit Genehmigung des Gerichtes entscheiden.
  - Sie darf über meinen Aufenthaltsort und meine Unterbringung z. B. in einem Altenheim, Pflegeheim, Stationärem Hospiz o. a. und alle damit verbundenen Maßnahmen entscheiden.
- Für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungs- und verfügungsfähig bin, verzichte ich auf medizinische Information und bevollmächtige eine der folgenden Personen als meinen rechtsgeschäftlich bestellten Vertreter:



Name	
Geburtsdatum	Telefon
- - - - oder im Verhinderungsfall - - - -	
Name	
Geburtsdatum	Telefon
- - - - oder im Verhinderungsfall - - - -	
Name	
Geburtsdatum	Telefon
(Anmerkung: Die Anzahl der Stellvertreter ist beliebig)	

Diesen Personen gegenüber entbinde ich die Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht. Gleichzeitig bitte ich die Ärzte, meinen Bevollmächtigten über meinen Gesundheitszustand, den vermutlichen weiteren Verlauf der Erkrankung, Behandlungsziele und mögliche Therapien umfassend aufzuklären.

Der Bevollmächtigte soll sich zur Feststellung meines Willens möglichst mit meinen nahen Angehörigen und Vertrauenspersonen austauschen.

Seine Zustimmung oder Verweigerung, auch seine Forderung nach Abbruch laufender Behandlungen, sind wie meine eigene Willensäußerung zu beachten.

**Ersatzbevollmächtigte**

Für den Fall, dass keiner der von mir Benannten in der Lage ist, die Aufgaben aus dieser Vollmacht zu übernehmen, habe ich auf einem Extrablatt Ersatzbevollmächtigte benannt, die gefragt werden sollen, ob sie im Sinn der vorstehenden Verfügung meine Anliegen vertreten können und mögen.

ja      (bitte ankreuzen)       nein

Sollte wider Erwarten einmal eine amtliche Betreuung für mich notwendig werden, sollen die zuvor genannten Personen – wie oben aufgeführt – befragt werden und bei Zustimmung als Betreuer bestellt werden.

### Mein Dank und mein Wille

Allen, die bereit sind, meine Haltung zu respektieren und die Folgen meiner Entscheidungen mitzutragen, danke ich sehr.

Ich unterschreibe diese Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes.

Solange sie sich bei meinen persönlichen Unterlagen befindet, soll sie Geltung haben. Ich wünsche, dass mir in der akuten Situation nicht eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Sollte sich meine Haltung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

Mit meinen Bevollmächtigten habe ich ausführlich über diese Patientenverfügung gesprochen.

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

\_\_\_\_\_  
Meine vollständige Unterschrift

### Bestätigung der Unterschrift durch einen Zeugen

Ich bestätige, dass Herr/Frau

diese Patientenverfügung eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Zeugen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zeugen

**Auskünfte erteilt kostenlos:** Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

Leopoldstraße 16  
32756 Detmold  
☎ 052 31 - 96 28 00

Kramerstraße 10  
32657 Lemgo  
☎ 052 61 - 7773 83

Wenkenstraße 63  
32105 Bad Salzuflen  
☎ 052 22 - 3 63 93 10

Extertal  
☎ 052 62 - 99 55 58

### **Unsere Spendenkonten:**

Sparkasse Detmold 47 47 47 47 – BLZ 476 501 30  
Sparkasse Lemgo 4 44 44 44 – BLZ 482 501 10

Dieses Formular darf vervielfältigt, inhaltlich geändert, erweitert oder gekürzt werden  
Fünfte überarbeitete Auflage, Oktober 2011.