



## Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung erkläre ich meine Wünsche hinsichtlich einer medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person für den Fall, dass ich in eine Lebenssituation gerate, in der ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe.

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin ich über die Bedeutung einer solchen Erklärung beraten worden und habe mich selbst eingehend informiert und erkläre hiermit (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

- Gerate ich durch eine schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktionen in einen Zustand von dauernder Bewusstlosigkeit, so wünsche ich keine Intensivtherapie und lehne eine Reanimation ab.
- Das Gleiche gilt auch, wenn andere lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und deshalb ohne „medizinische Apparate“ zur Lebenserhaltung mein Leben nicht mehr möglich ist.
  - Über die verschiedenen Arten der Lebenserhaltung anhand von medizinischen Apparaten habe ich mich von meinem Arzt beraten lassen.
- Ich wünsche ebenfalls keine weitere lebenserhaltende medizinische Behandlung, wenn meine normalen geistigen Funktionen so schwerwiegend und auf Dauer geschädigt sind, dass für mich in Zukunft kein freies selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben mehr möglich ist.
- Sofern sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärzten ergibt, dass die Krankheit zum Tode führt, so möchte ich bereits jetzt festhalten, dass ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe wünsche.
- Ich verzichte ebenso auf Maßnahmen durch eine Behandlung der Intensivtherapie, wenn diese nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würde.

Obwohl ich durch diese Erklärung die Ärzte, die mich behandeln, bitte, dass sie mein Recht auf einen von mir gemäßen Tod respektieren sollen, so heißt dies nicht, dass ich eine ärztliche Hilfe oder Behandlung in der Einsetzung von notwendigen Medikamenten, Behandlungen und eine Betreuung zur Leidensminderung ablehne. Ich vertraue in eine von den Ärzten angeordnete Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.
- Ich wünsche durch diese Verfügung ebenfalls, dass die behandelnden Ärzte bei einer erforderlichen medizinischen Behandlung eine von mir benannte Vertrauensperson zur Beratung hinzuziehen.

Ich betone hiermit ausdrücklich, in Würde sterben zu wollen. Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Aussteller:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Vertrauensperson:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Eine Kopie dieser Verfügung habe ich hinterlegt bei:

Name:

Adresse:

Diese Verfügung habe ich zuletzt erneuert am:

Datum:

Unterschrift des Ausstellers:

Unterschrift der Vertrauensperson:

(Bitte Merkblatt zur Patientenverfügung beachten!)

## Merkblatt zur Patientenverfügung

1. Die Patientenverfügung muss schriftlich abgefasst sein. Eine notarielle Beglaubigung ist nicht erforderlich.
2. Vor dem Erstellen einer Patientenverfügung sollten Sie sich von Ihrem Arzt über die einzelnen lebensverlängernden Maßnahmen aufklären lassen.
3. Die umseitige Patientenverfügung ist ein **unverbindliches Muster** und sollte auf Ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden.
4. Neben Ihrer eigenen Unterschrift sollte die Patientenverfügung auch die Unterschrift einer Ihnen nahestehenden Person enthalten. Hierdurch wird im Unglücksfalle die Beweiskraft der Verfügung erhöht.
5. Sowohl die Unterschrift des Ausstellers als auch die der Vertrauensperson sollten auf der Patientenverfügung jährlich erneuert werden.
6. Ihre Patientenverfügung bzw. einen Hinweis darauf, wo Sie diese aufbewahren, sollten Sie immer bei sich tragen.
7. Ein Zweitexemplar der Patientenverfügung sollte darüber hinaus bei einer Vertrauensperson hinterlegt werden.
8. Bei einer bereits bestehenden schwerwiegenden Erkrankung muss unbedingt der spezielle Krankheitsverlauf berücksichtigt werden. **Die umseitige Patientenverfügung kann dann nicht verwendet werden.**
9. Auch gegenüber Angehörigen unterliegen Ärzte der Schweigepflicht. Deshalb ist zu empfehlen, eine Erklärung, mit der Ärzte von dieser Schweigepflicht gegenüber Angehörigen entbunden werden, der Patientenverfügung beizufügen.
10. Neben der Patientenverfügung sind Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht wichtige Dokumente für den Ernstfall und sollten deshalb der Patientenverfügung beigelegt werden. Mit der Betreuungsverfügung legen Sie eine Person Ihres Vertrauens als Entscheider fest. Die Vorsorgevollmacht bestimmt einen Bevollmächtigten für alle Vermögens-, Krankheits- und andere Rechtsangelegenheiten bis zum Todesfall.

<b>Ärztliche Bescheinigung</b>
--------------------------------

**Vollmachtgeber/in:**

Familienname:

Vorname:

geboren am:

Anschrift:

**Bevollmächtigte/r:**

Familienname:

Vorname:

geboren am:

Anschrift:

Hiermit bestätige ich, daß der/die obengenannte Vollmachtgeber/in zur Zeit infolge einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung außerstande ist, eigene Entscheidungen zu treffen.

**Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes:**

**Ort/Datum:**

**Unterschrift der Ärztin/des Arztes:**

# Vorsorgevollmacht

<b>Familienname:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>geboren am:</b>	
<b>Anschrift:</b>	

Ich bevollmächtige **widerruflich und über meinen Tod hinaus**

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten. Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn der beschriebene Zustand von einer Ärztin/einem Arzt mit Datum bescheinigt wird.

**Die Vorsorgevollmacht erstreckt sich auf folgende Lebensbereiche:**

1. Bestimmung des Wohnorts und des Aufenthalts (ausgenommen eine geschlossene Unterbringung)
2. Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
3. Gesundheitsfürsorge
4. Entscheidungen über unterbringungsähnliche Maßnahmen
5. Regelung der laufenden finanziellen Angelegenheiten
6. Vermögenssorge
7. Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
8. Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung
9. \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden. Die Erläuterungen und Hinweise zu den einzelnen Bereichen habe ich gelesen und verstanden. Die vorliegende Vollmacht erteile ich in völliger Freiheit und nach Absprache mit der/dem von mir Bevollmächtigten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Vollmachtgebers(in)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Vollmachtnehmers (in)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zeuge (in) (ggfls. Hausarzt)

## Erläuterungen und Hinweise zur VORSORGEVOLLMACHT

- zu 1. Bestimmung des Wohnorts und des Aufenthaltes betrifft Entscheidungen, wo mein (neuer) Lebensmittelpunkt sein soll. Im Bereich der Aufenthaltsbestimmung hat der/die Bevollmächtigte das Recht, mich in einem Heim unterzubringen und einen Heimvertrag abzuschließen
- zu 2. Wohnungsangelegenheiten umfassen alle rechtsgeschäftlichen Erklärungen, die in Zusammenhang mit einem Mietverhältnis stehen, insbesondere auch die Kündigung und die Wohnungsauflösung.
- zu 3. Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge umfassen ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen und operative Eingriffe. Der behandelnde Arzt ist gegenüber der/dem Bevollmächtigten nicht an seine ärztliche Schweigepflicht gebunden. Bei ärztlichen Eingriffen, bei denen die begründete Gefahr besteht, daß der/die Vollmachtgeber/in aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, muß möglichst frühzeitig eine **Genehmigung** durch das **Vormundschaftsgericht** eingeholt werden.
- zu 4. Unter unterbringungsähnlichen Maßnahmen, wie Bettgitter, geriatrischer Stuhl, Bett- und Bauchgurte oder ruhigstellende Medikamente, sind freiheitsentziehende Regelungen in einem **Heim, Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung zu verstehen**. Eine Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht ist vorher einzuholen.  
Im **häuslichen Bereich** ist eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nicht erforderlich.
- zu 5. Der/Die Bevollmächtigte entscheidet in allen laufenden finanziellen Angelegenheiten, wie z.B. Begleichung von Rechnungen, Mietzahlungen und Heimpflegekosten, Geltendmachung von Forderungen, soweit Regelungen nicht in die Vermögenssorge eingreifen.
- zu 6. Unter Vermögenssorge fallen rechtsgeschäftliche Erklärungen, soweit Rechte und/oder Pflichten mit einem Vermögenswert ab 4.500,- DM betroffen sind.

### Hinweis zu 5. und 6.

**Betreffend Regelungen bei Banken, Sparkassen und sonstigen Geldinstituten wird empfohlen, mit Ihrem Geldinstitut persönlich Rücksprache zu nehmen !**

- zu 7. Diese Regelung betrifft die Wahrnehmung der Interessen gegenüber Behörden und Leistungsträgern, z.B. Kranken- und Pflegekassen, Sozialämtern, Versicherungen, Beihilfestellen, privaten und öffentlichen Rententrägern und Versorgungsämtern.

zu 8. Die Unterbringung des Vollmachtgebers durch den Vollmachtnehmer in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses oder einem Heim ist nur zulässig wenn sie zum Wohle des/der Betroffenen erforderlich ist, weil

- auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Vollmachtgebers die Gefahr besteht, daß er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, **oder**
- eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Vollmachtgebers nicht durchgeführt werden kann und er aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann

Die **Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig**. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschieben Gefahr verbunden ist; die **Genehmigung ist unverzüglich** beim Vormundschaftsgericht **nachzuholen**.

### **Wichtige Hinweise:**

1. Diese Vorsorgevollmacht berechtigt **nicht** zu Haus- und Grundstücksgeschäften. Es wird empfohlen, diesbezügliche Regelungen über einen Notar zu treffen.
2. Die vorliegende Vorsorgevollmacht **wird** von den Gerichten der Amtsgerichtsbezirke Monschau, Düren und Jülich **akzeptiert**. Die bundesweite Gültigkeit einer Vorsorgevollmacht kann nur über Regelungen beim Notar erreicht werden.
3. Der **Widerruf** dieser Vollmacht **kann jederzeit** gegenüber dem Vollmachtnehmer erklärt werden.
4. Die Unterschrift eines Zeugen ist zur Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht nicht zwingend erforderlich. Zur Vermeidung eventueller Streitigkeiten wird die Konsultierung des Hausarztes empfohlen, damit dieser durch seine Unterschrift die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers bestätigt.
5. **Beratung und Hilfestellung** bei Genehmigungsanträgen erhalten Sie bei den zuständigen **Betreuungsstellen, Betreuungsvereinen und Amtsgerichten**.

Herausgeber ist die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 4 LBtG