

Patientenverfügung, Gesundheitsvollmacht

Generalvollmacht, Betreuungsverfügung

**- Formulierungsvorschläge -**

erstellt durch:

**Rechtsanwalt André Tschörner**

Hindenburgstr. 31

73760 Ostfildern

Tel.: 0711/ 348 20 39

Fax.: 0711/ 348 25 39

Der Inhalt ist nach bestem Wissen zusammengestellt. Eine Haftung für den Inhalt kann jedoch nicht übernommen werden.

## Patientenverfügung

### I. Meine Personalien:

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

### II. Meine Wünsche und Anweisungen:

Es kann geschehen, dass ich durch Krankheit oder Unfall in einem Zustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit auf Dauer verloren habe.

Wenn dies der Fall ist, erwarte ich, dass meinem in der folgenden **Verfügung** festgelegten Willen Folge geleistet wird:

- 1.) Solange eine realistische Aussicht auf Erhaltung eines erträglichen Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung der angemessenen Möglichkeiten.
- 2.) Besteht keine solche realistische Aussicht mehr, möchte ich mein Leben in Würde vollenden.
- 3.) Es soll auf Maßnahmen verzichtet werden, die nur noch eine Leidens- und Sterbensverlängerung bedeuten würden.
- 4.) Ich erwarte eine jeweils den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende ausreichende Schmerztherapie und ganzheitliche Behandlung.
- 5.) Ich wünsche keine aktive Sterbehilfe.

**III. Weitere Wünsche und Anordnungen**

Ein erträgliches Leben im Sinne von Ziffer 1.) ist für mich zum Beispiel nicht mehr gegeben wenn:

---

---

---

---

---

Keine realistische Aussicht heißt für mich:

---

---

---

---

---

Mein Leben in Würde zu vollenden im Sinne von Ziffer 2.) bedeutet:

---

---

---

---

---

---

Maßnahmen, auf die im Sinne Ziffer von 3.) verzichtet werden soll:

---

---

---

---

---

---

Zur Schmerztherapie im Sinne von Ziffer 4.) habe ich folgende Wünsche:

---

---

---

---

---

---

#### **IV. Formulierungshilfen zu den Ziffern 1.) bis 4.) der Patientenverfügung (siehe Punkt II.)**

##### **zu Ziffer 1.) Ein erträgliches Leben**

besteht für mich nicht, wenn es kein bewusstes Leben mehr ist, wenn nach ärztlicher Beurteilung keine zwischenmenschlichen Kontakte mehr möglich sind, wenn Hören und Sehen, Sprechen und Fühlen auf Dauer unmöglich geworden sind, ich also im Koma liege.

##### **zu Ziffer 2.) Eine realistische Aussicht**

heißt für mich: ein bleibender Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers ist eingetreten, Atmung und Kreislauf können auf Dauer nur durch Apparate aufrecht erhalten werden.

##### **zu Ziffer 2.) Mein Leben in Würde zu vollenden**

bedeutet für mich, dass bei einer unweigerlich zum Tode führenden Erkrankung mein Leben nicht durch weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen verlängert wird. Ich wünsche dann, dass weitere, Leben erhaltende Maßnahmen beendet werden. Einem Behandlungsabbruch stimme ich als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes ausdrücklich zu! Ich möchte nicht allein gelassen werden und bitte um einen respektvollen Umgang mit mir als sterbendem Menschen. Ich erwarte, keine schweren Schmerzen ertragen zu müssen und in fürsorglicher und ruhiger Umgebung mein Leben beenden zu können.

##### **zu Ziffer 3.) Maßnahmen, auf die verzichtet werden soll**

sind zum Beispiel Wiederbelebungsversuche, künstliche Beatmung, Bluttransfusion, Blutwäsche, künstliche Ernährung und andere therapeutische Maßnahmen, außer sie dienen der Förderung meiner Lebensqualität.

##### **zu Ziffer 4.) Zur Schmerztherapie**

erwarte ich, dass für mich unerträgliche Schmerzen mit allen zur Verfügung stehenden modernen Mitteln ausreichend behandelt werden. Wenn die notwendige Menge eines solchen Schmerzmittels zur Eintrübung meines Bewusstseins oder zu einer Verkürzung meiner Lebenszeit führen sollte, stimme ich dem ausdrücklich zu.

### V. Vertrauensperson, Hausarzt, Hinterlegung

Als Vertrauensperson, die nähere Angaben zu meinen Wünschen und meinem Willen machen kann und hierzu befragt werden soll, benenne ich:

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

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

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Die Vertrauensperson hat Kenntnis genommen von meiner Patientenverfügung und ist bereit, sich für mich einzusetzen. Sie bestätigt durch Ihre Unterschrift, dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin und die Verfügung unabhängig von Einflüssen Dritter abgefasst habe.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertrauensperson

Meine Patientenverfügung habe ich mit meinem **Hausarzt / meiner Hausärztin** besprochen.

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich entbinde ihn/ sie von der Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson. Mein Hausarzt/ meine Hausärztin ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben. Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

**Hinterlegung der Verfügung:** Kopien der Patientenverfügung werden hinterlegt bei:

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**VI. Erneuerung der Patientenverfügung:**

Die Patientenverfügung sollte in regelmäßigen Abständen (zum Beispiel jährlich) durch Unterschriften des Verfassers/ der Verfasserin und der Vertrauensperson erneuert werden. Sie kann auch verändert oder widerrufen werden. Dies wird wie folgt dokumentiert:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertrauensperson

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertrauensperson

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertrauensperson

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verfügenden Person

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertrauensperson