

PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG¹

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit

Vorname und Name, Geburtsdatum und Geburtsort

I. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben hat einen Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so sollen der/die hier benannte Bevollmächtigte(n), die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen und sich nicht an dem orientieren, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen. Vor allem wünsche ich, dass der natürliche Sterbeprozess und unheilbare, zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert werden.

II. Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

1. Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität ermöglichen. Ich wünsche auch mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden (ja / nein), ich akzeptiere auch fremde Gewebe und Organe (ja / nein).

2. Wenn ich mich aber (a) unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder im Sterbeprozess befinde, (b) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder (c) wenn ich längere Zeit bewusstlos bin und nur eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass ich das Bewusstsein wiedererlange, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um menschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses unternommen wird. Ich verlange jedoch ausdrücklich, dass in diesen Situationen alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ausgeschöpft werden, so dass ich ohne körperliche Schmerzen und seelische Leiden sein kann. Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mir vertrauten Umgebung zu verbringen, sofern das mit guter pflegerischer und medizinischer Versorgung vereinbar ist.

¹Diese Vorsorgliche Patientenverfügung und Vollmacht für die medizinische Betreuung besteht aus 3 Teilen. Im 1. Teil informieren Sie Ihre Ärzte, Bevollmächtigten oder Betreuer über Ihre allgemeine Einstellung zu Leben und Tod, Gesundheit und Krankheit. Im 2. Teil äußern Sie sich zu medizinischer Versorgung und Pflege für den Betreuungsfall, insbesondere auch zu Schmerzbehandlung, Wiederbelebung, künstlicher Ernährung und Beatmung sowie der Behandlung chronischer Krankheiten im Endstadium. Im 3. Teil bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die Ihre Wünsche und Verfügungen kennt, bestimmten medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder solche abzulehnen. Die 3 Teile binden den Bevollmächtigten an Ihre Erwartungen und Verfügungen und geben ihm Spielraum für sonstige Entscheidungen, Streichen Sie in diesem Formular alle Sätze oder Abschnitte, die Sie nicht verstehen oder die Sie zu kompliziert finden; unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht verstehen.

Damit diese Betreuungsverfügung im Notfall bekannt ist, geben Sie Kopien an Ihren Bevollmächtigten, an Ärzte und Geistliche Ihres Vertrauens und, sofern Sie betreut wohnen, auch der Leitung des Hauses. Tragen Sie stets eine Karte mit dem Hinweis auf diese Betreuungsverfügung zusammen mit Ihren Ausweispapieren bei sich.

3. Deshalb treffe ich für den Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, den beschriebenen Verlust meiner geistigen Fähigkeiten oder eine langanhaltende Bewusstlosigkeit folgende Verfügung²

- (A) Schmerztherapie: Ich fordere eine wirksame Behandlung quälender Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Depression und Schlaflosigkeit,
(a) auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde (ja / nein),
(b) auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewusstsein verliere (ja / nein),
(c) auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird (ja / nein).
- (B) Wiederbelebung: Ich wünsche die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung,
(a) im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit (ja / nein),
(b) bei schwerem Verlust meiner geistigen Fähigkeiten (ja / nein),
(c) bei langanhaltender Bewusstlosigkeit (ja / nein).
- (C) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr: Ich wünsche die Unterlassung künstlicher Ernährung durch eine Sonde oder über die Vene, bei fehlendem Durstgefühl auch die Unterlassung künstlicher Flüssigkeitszufuhr, außer wenn diese bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist
(a) im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit (ja / nein),
(b) bei schwerem Verlust meiner geistigen Fähigkeiten (ja / nein),
(c) bei langanhaltender Bewusstlosigkeit (ja / nein).
- (D) Pflege und menschliche Begleitung: Ich wünsche menschliche und medizinische Begleitung, insbesondere menschenwürdige Unterbringung und Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Mund- und Körperpflege.
- (E) Sonstige Verfügungen und Hinweise³: Solange kein von mir oder meinem/n Bevollmächtigten akzeptierter und aktualisierter Behandlungsplan vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier nicht angesprochen sind.

²Sie sollten diesen Teil Ihrer Betreuungsverfügung ausführlich mit einem Arzt Ihres Vertrauens diskutieren. Wenn Sie sich über den möglichen Nutzen oder Schaden von Festlegungen bei den Einzelbestimmungen im Abschnitt 3 dieses Teils nicht ganz sicher sind, so streichen Sie diesen Abschnitt ganz oder in Teilen oder einzelne Satzteile oder Worte.

³Ihre Patientenverfügung gibt Ärzten und Pflegenden Hinweise für eine individualisierte medizinische und pflegerische Betreuung, auch wenn nicht alle künftigen medizinischen oder pflegerischen Situationen vorausgesehen werden können. Wenn es zu einer akuten Änderung Ihres Zustandes oder Ihres Aufenthaltsortes kommen sollte, so kann der behandelnde Arzt einen aktuellen Behandlungsplan gemeinsam mit Ihnen oder dem Bevollmächtigten als Anlage zu dieser Betreuungsverfügung aufstellen. Sie können hier auch nach Rücksprache mit Ihrem Arzt Hinweise und Verfügungen eintragen, die bestehende Krankheiten betreffen. Viele Mitbürger haben gelernt, mit einer chronischen Erkrankung zu leben und kennen deren typischen Verlauf (z.B. unheilbare und metastasierende Krebserkrankung, schwere Herz- und Lungenerkrankung, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, chronisches Nierenversagen mit Dialysepflicht, Amyotrophe Lateralsklerose) und möchten persönliche Verfügungen für deren Behandlung im fortgeschrittenen Stadium treffen.

III. Vorsorgevollmacht

1. Hiermit bevollmächtige ich gemäß des Paragraphen 1896, Absatz 11, Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) als meine(n) rechtsgeschäftlich bestellten Vertreter

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

2. Sollte der/die von mir oben benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich in der folgenden Reihenfolge als Bevollmächtigte

(a). _____

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

(b). _____

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

(c). _____

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

3. Ich entbinde Ärzte gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht und erwarte von ihnen, dass sie meinen Bevollmächtigten umfassend aufklären und beraten.

4. Ich erwarte, dass der/die Bevollmächtigte sich an meinen Werten, Wünschen und Verfügungen orientiert, falls ich aufgrund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann.

5. Die Vollmacht umfasst Einwilligungen und Verweigerungen zu medizinischen Untersuchungen und Behandlungen, sowie Entscheidungen über den Aufenthaltsort und die Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim und damit verbundenen Maßnahmen⁴

6. Diese Vollmacht gilt auch für meine Vertretung in vermögensrechtlichen Angelegenheiten und schließt beispielsweise die Befugnis ein, Post- und Behördensachen zu erledigen, über meine Konten zu verfügen, Krankenhaus- und Pflegeheimkosten zu bezahlen, Verträge in meinem Namen abzuschließen und Grundstücksangelegenheiten⁵ zu regeln (ja / nein).

7. Der/Die Bevollmächtigte hat das Recht, im Einzelfall Untervollmacht zu erteilen (ja / nein).

8. Wenn es schwierig sein sollte, meine hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Bevollmächtigtem, Familienangehörigen, Medizinern, Pflegenden oder anderen kommt, dann soll die Alleinentscheidung bei meinem Bevollmächtigten liegen.

9. Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so verlange ich, dass die hier von mir benannte(n) Person(en) rechtlich als Betreuer bestellt wird/werden. Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren⁶. Ich bitte darum, folgende Personen nicht mit einer Betreuung für mich zu belasten: _____

⁴Die Vollmacht zu ärztlichen Untersuchungen und Eingriffen umfasst sowohl die Einwilligung als auch die Ablehnung invasiver Diagnostik, intensivmedizinischer und chirurgischer Behandlung, auch in Fällen, in denen eine Behandlung oder deren Unterlassung schwere Gesundheitsschäden oder den Tod zur Folge haben könnte. Die Vollmacht für die Aufenthaltsbestimmung umfasst, soweit erforderlich, die Zustimmung zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, z. B. das Anbringen von Bettgittern.

⁵Wenn die Vollmacht auch für Grundstücksgeschäfte gelten soll, ist eine notarielle Beurkundung erforderlich.

⁶Nach deutschem Recht und nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer machen Ärzte, Bevollmächtigte und Betreuer sich strafbar, wenn sie sich nicht am Patientenwillen orientieren. Diese Patientenverfügung ist rechtsverbindlich und kann bei Missachtung gerichtlich durchgesetzt werden. (Bundesgerichtshof NJW 1995:204ff, Kutzer NSTZ 1994:11 Off; Uhlenbruck NJW 1996:1583ff, OLG Frankfurt/Main 15.7.98: Az: 20 W 224/98; LG München 18.02.1999: Az. 13 T 478/99); Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DtÄBI 1998, A2366-2367; Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, DtÄBI 1999, A-2720-2721.

IV. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens⁷.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Zustimmung des Betreuers

Ich kenne den Inhalt dieser Betreuungsverfügung und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Bestätigung durch einen Zeugen⁸

Ich bestätige, dass _____ Verfasser(in) dieser Betreuungsverfügung, sie heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Ort, Datum

Unterschrift einer Zeugin/eines Zeugen

Überprüfung und Bestätigung der Betreuungsverfügung

1. Datum _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

2. Datum _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

3. Datum _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

⁷ Machen Sie es sich zur Gewohnheit, Ihre Betreuungsverfügung nach neuen Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Leiden oder etwa alle drei Jahre zu bestätigen und gegebenenfalls zu ändern. Bitte beraten Sie Änderungen mit Bevollmächtigten und Ärzten und sorgen Sie dafür, dass Bevollmächtigte und Ärzte Kopien von bestätigten und geänderten Verfügungen erhalten, sofern Sie betreut wohnen auch die Hausleitung.

⁸ Die Wirksamkeit einer Betreuungsverfügung hängt nicht von der Unterschrift eines Zeugen ab. Sollte aber Ihre Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Betreuungsverfügung bestritten werden, ist es wichtig, dass ein unabhängiger Zeuge Ihre Unterschrift und Ihre freie Entscheidung bestätigt hat. Dieser Zeuge wäre vorzugsweise ein Notar oder der Arzt, mit dem Sie die medizinischen Einzelheiten Ihrer Verfügung beraten haben.