

Patienten- und Betreuungsverfügung

Personalien:

Vor- und Zuname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße/Haus-Nr: _____
Postleitzahl/Wohnort: _____
Telefon: _____

Krankenvorgeschichte *(nach Möglichkeit vom Hausarzt ausfüllen lassen)*

1. Wichtige Vorerkrankungen:
2. Gegenanzeigen / Überempfindlichkeiten / Allergien:

Besondere Hinweise

1. Zu benachrichtigen und über meinen Zustand aufzuklären sind:
2. Meine bisher behandelnden Ärzte sind:
3. Auskünfte durch den behandelnden Arzt dürfen außerdem erteilt werden an:
4. Es sind folgende Personen ausdrücklich bevollmächtigt, zu medizinisch angezeigten Eingriffen für mich die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. Dies gilt auch für intensivmedizinische oder lebenserhaltende beziehungsweise -verlängernde Maßnahmen.
5. Diese Ermächtigung tritt nur in Kraft im Falle meiner Bewusstseinstörung oder Bewusstlosigkeit.

Betreuungsverfügung

Ich rege an, dass das Gericht zum Betreuer bestellt für

Sorge für Gesundheit: _____
Aufenthaltsbestimmungen: _____
Vermögensvorsorge: _____
Behördenangelegenheiten: _____
Wohnungsangelegenheiten: _____
Postempfang: _____

Die vorgenannte/n Person/en ist/sind hiermit einverstanden.

Patientenverfügung

1. Ich habe mich über die medizinische Situation und rechtliche Bedeutung einer Patienten- und Betreuungsverfügung informiert und erkläre, dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin. Die nachstehenden Erklärungen stellen keinen allgemeinen Verzicht auf die mir vertraglich zustehenden ärztlichen Behandlungen dar.

2. Ich erkläre hiermit,

- ▣ dass ich im Falle nicht mehr rückgängig zu machender Bewusstlosigkeit,
- ▣ dass ich bei wahrscheinlicher Dauerschädigung des Gehirns,
- ▣ dass ich bei dauerndem Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers,
- ▣ dass ich bei aussichtsloser beziehungsweise negativer Prognose hinsichtlich meiner Erkrankung mit einer Intensivtherapie oder Wiederbelebung nicht einverstanden bin.

3. Sollte durch eine ärztliche Maßnahme nur eine Verlängerung des Sterbens oder eine Verlängerung des Leidens erreicht werden, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen, zumal, wenn sie mit erheblichen Schmerzen verbunden sind.

4. Ich wünsche keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Mitteln der Intensivtherapie, wenn von mindestens zwei Fachärzten (ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose) bestätigt wird, dass meine Krankheit zum Tode führen wird und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird.

5. Ich möchte, dass mein Sterben nicht mit Hilfe apparativer Maßnahmen unnötig verlängert wird.

6. Ich setze allerdings mein Vertrauen in eine vom Arzt anzuordnenden Schmerz lindernde Medikation, auch wenn sie zur Bewusstseinsausschaltung oder wegen ihrer - vom Arzt nicht beabsichtigten - Nebenwirkungen zu einem früheren Ableben führen sollte. Ebenso wünsche ich unterstützende Therapiemaßnahmen.

7. Dies bedeutet keine Einwilligung zur aktiven Sterbehilfe, das heißt zur beabsichtigten und gezielten Herbeiführung meines Todes.

8. Ich bin mit einer Organspende **n i c h t** einverstanden.

Ich stimme einer Organspende zu. Hierbei stimme ich ausdrücklich intensivmedizinischen Maßnahmen, die lebensverlängernden Charakter haben, zum alleinigen Zweck der Organspende zu.

(Nicht Zutreffendes streichen!)

Eine Kopie dieser Patienten- und Betreuungsverfügung ist hinterlegt bei:

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Diese Verfügung wurde erneuert:

(Quelle: Der Seniorenbeirat in der Landeshauptstadt Wiesbaden)

Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich,

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
Straße	_____	Wohnort	_____
Telefon	_____		

ohne Zwang und aus freiem Willen folgende Vollmacht:

Als Bevollmächtigten bestimme ich:

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
Straße	_____	Wohnort	_____
Telefon	_____		

Dem Bevollmächtigten erteile ich hiermit die Vollmacht, mich in allen meinen Angelegenheiten in jeder rechtlich zulässigen Weise zu vertreten, also in Vermögensangelegenheiten und persönlichen Angelegenheiten. Die Vollmacht dient der Vermeidung einer Betreuung und geht der Anordnung einer Betreuung vor.

Die Vollmacht bleibt gültig, wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte. Der Bevollmächtigte unterliegt nicht den gesetzlichen Beschränkungen des Betreuers. Wird für die Rechtsgeschäfte, für die der Bevollmächtigte keine Vertretungsvollmacht hat, ein Betreuer bestellt, so bleibt die Vollmacht im Übrigen bestehen.

Die Vollmacht umfasst insbesondere:

1. Vermögensangelegenheiten

Die Vollmacht umfasst das Recht:

- ▣ über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen,
- ▣ Zahlungen und Wertgegenstände für mich anzunehmen, zu quittieren oder Zahlungen vorzunehmen,
- ▣ Verbindlichkeiten einzugehen,
- ▣ einen Heimvertrag oder eine ähnliche Vereinbarung abzuschließen,
- ▣ geschäftsähnliche Handlungen, zum Beispiel Mahnungen, Fristsetzungen, Anträge, Mitteilungen vorzunehmen,
- ▣ mich gegenüber Gerichten, Behörden, sonstigen öffentlichen Stellen und Privatpersonen gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten sowie alle Prozesshandlungen für mich vorzunehmen.

Der Bevollmächtigte kann in Vermögensangelegenheiten Untervollmacht erteilen. Er ist in Vermögensangelegenheiten von den Beschränkungen des 181 BGB befreit. Die Vollmacht bleibt über den Tod hinaus wirksam.

2. Persönliche Angelegenheiten

Der Bevollmächtigte ist befugt:

- ▣ zur Aufenthaltsbestimmung, vor allem bei der Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt oder die Aufnahme in ein Krankenhaus,
- ▣ zur Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen wie etwa das Anbringen von Bettgittern und Gurten,
- ▣ zu allen Erklärungen in Gesundheitsangelegenheiten, insbesondere bei der Einwilligung in Operationen und sonstige ärztliche Maßnahmen. Hierbei ist der Bevollmächtigte befugt, Krankenunterlagen einzusehen und alle Informationen durch die mich behandelnden Ärzte einzuholen.

Die Vollmacht in persönlichen Angelegenheiten ist nicht übertragbar. Untervollmacht darf in persönlichen Angelegenheiten nicht erteilt werden.

Sollten Teile dieser Vollmacht rechtlich unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der restlichen Teile ändern.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Die eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers wird hiermit beglaubigt:

Ort, Datum

Unterschrift des Notars

(Quelle: Deutsches Rotes Kreuz)