



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*



# Patientenverfügung

*Vorsorgevollmacht  
und Betreuungsverfügung*

---

# Inhalt

Einführung: Wozu eigentlich eine Patientenverfügung?	3
Wegweiser durch die Vorsorgeinstrumente	4
Rechtsgrundlagen	8
Begriffe und Abkürzungen	10
Verfügungsausweise	11
Beigefügte Dokumente zum Ausfüllen	
• Patientenverfügung	
• Vorsorgevollmacht	
• Betreuungsverfügung	

## Impressum

Herausgeber: Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH

Kalker Hauptstraße 22-24, 51103 Köln

Telefon: 0228 6481-493

Email: [patientenverfuegung@malteser.org](mailto:patientenverfuegung@malteser.org)

[www.malteser-patientenverfuegung.de](http://www.malteser-patientenverfuegung.de)

[www.malteser.de](http://www.malteser.de)

Verantwortlich für den Inhalt: Fachbereich Ethik der Malteser Deutschland gGmbH

Bilder: Matzen, Raake, [www.digitalstock.de](http://www.digitalstock.de)

Grafik: Karin Szyzka; lux-grafik, Münster ([www.lux-grafik.de](http://www.lux-grafik.de))

10. aktualisierte Auflage

© Malteser Deutschland, Köln 2016

Hinweis: Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form steht.

# Einführung: Wozu eigentlich eine Patientenverfügung?

**Ihr Wille hat Bedeutung –  
auch in Situationen,  
in denen Sie ihn nicht mehr  
selbst äußern können.**



## **Ihr Wille ist maßgebend**

Die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten hat in den vergangenen Jahrzehnten immer stärker an Bedeutung gewonnen. Jede Heilbehandlungsmaßnahme bedarf Ihrer Zustimmung als Patient – oder, falls Sie nicht einwilligungsfähig sind, Ihres Vertreters. Nur, wenn für eine unaufschiebbare Maßnahme die Einwilligung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann (zum Beispiel bei einem akuten Notfall), darf die Maßnahme auch ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Wir alle, gleich welchen Alters, können unfall- oder krankheitsbedingt in eine Situation gelangen, in der wir nicht mehr entscheidungsfähig sind. Dann muss ein Vertreter die Entscheidung treffen, ob eine ärztliche Maßnahme durchgeführt werden soll oder nicht. Die Vertretung kann entweder eine Person übernehmen, die von Ihnen selbst dazu beauftragt ist (ein Bevollmächtigter\*), oder ein vom Gericht beauftragter Betreuer\*. Ihr Vertreter muss sich bei der Entscheidung an Ihrem (mutmaßlichen) Willen oder Wohl orientieren und diesem Geltung verschaffen.

## **Woher weiß Ihr Vertreter, was Ihr Patientenwille ist?**

Ein Bevollmächtigter oder Betreuer ermittelt Ihren Willen, indem er prüft, ob eine Patientenverfügung vorliegt und ob diese die aktuelle Lebens-

und Behandlungssituation trifft. Ist dies gegeben, muss er dafür Sorge tragen, dass Ihre Festlegungen umgesetzt werden. Liegt keine Patientenverfügung vor oder trifft diese nicht auf die aktuelle Situation zu, muss sich Ihr Vertreter an Ihrem mutmaßlichen Patientenwillen orientieren, den er aus früheren mündlichen oder schriftlichen Äußerungen, Ihren Wertevorstellungen und ethischen oder religiösen Überzeugungen ermittelt. Bei der Feststellung des Patientenwillens sollen nahe Angehörige und Vertrauenspersonen beteiligt werden, sofern dies ohne erhebliche Zeitverzögerungen möglich ist (vgl. § 1901b Abs. 2 BGB).

## **Was ist eine Patientenverfügung?**

Nach vielen Jahren kontroverser Diskussionen und verschiedenen Gerichtsurteilen hat der Deutsche Bundestag am 18. Juni 2009 das Betreuungsrecht verändert und eine gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung beschlossen. Demnach ist die Patientenverfügung eine freiwillige schriftliche Erklärung eines Volljährigen für den eventuellen zukünftigen Fall, dass er nicht mehr einwilligungsfähig ist. Er bestimmt für diese Situation, ob er in bestimmte medizinische Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffe einwilligt oder diese untersagt (vgl. §1901a Abs. 1 BGB). Er kann dies unabhängig von der Art oder dem Fortschritt einer Erkrankung tun – die so genannte Reichweite der Patientenverfügung ist gesetzlich nicht eingeschränkt (ebd. Abs. 3). Damit haben Patientenverfügungen für behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie für die Bevollmächtigten oder Betreuer eine hohe Verbindlichkeit.

*Die mit \* gekennzeichneten Begriffe werden im Anhang auf Seite 10 gesondert erläutert.*



## Wegweiser durch die Vorsorgeinstrumente

Die Malteser Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung ist eine Formulierungshilfe, also ein Vorschlag, den Sie Ihren Wünschen und Bedürfnissen anpassen sollten. Streichen Sie alle Passagen und Worte, denen Sie nicht zustimmen wollen, und ergänzen Sie, wo Sie es für erforderlich halten. Wenn Sie persönliche Ergänzungen und Anmerkungen machen wollen, fügen Sie ein Beiblatt an. Sie haben die Möglichkeit, unsere Vorlagen zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung in Kombination miteinander zu nutzen oder lediglich eines der Formulare.

### Patientenverfügung

#### Teil 1: Meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 1)

Sie finden in Teil 1 einen Formulierungsvorschlag, der Ihr eigenes Lebensbild, Ihre Einstellung zu Sterben und Tod und Ihre Erwartung benennt, Ihren eigenen Willen zu respektieren. Prüfen Sie bitte, ob dieser Text mit Ihren Vorstellungen übereinstimmt, und verändern Sie ihn gegebenenfalls so, dass er für Sie stimmt.

Sie haben Raum, Ihre Wünsche und Ihre Werte deutlich zu machen. Oft ist es auch für das Verständnis hilfreich, wichtige gute und schlechte Erfahrungen oder Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Tod anzugeben, zum Bei-

spiel: „Ich wünsche in den unten genannten Situationen keine künstliche Beatmung, weil ich es so schrecklich fand, dass man meine Mutter als Sterbende in ihrem Lebensalter nochmals beatmet und dadurch – meinem Empfinden nach – nur ihr Leiden verlängert hat.“

Die nachfolgenden Fragen können Ihnen vielleicht dabei helfen, persönliche Überlegungen zu formulieren:

- Wieso verfassen Sie eine Patientenverfügung? Gibt es hierfür einen konkreten Anlass? Was wollen Sie damit erreichen? Was sind Ihre Beweggründe, ihre Ziele?
- Wie ist Ihre religiöse, weltanschauliche Einstellung zum Leben, zu Krankheit, zu Sterben und Tod?
- Wenn Sie an Ihr Lebensende denken, was ist Ihnen am wichtigsten für diese letzte Lebensphase?

#### Teil 2: Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 1 f.)

Eine Patientenverfügung kommt nur zur Anwendung, wenn Sie selbst aktuell nicht mehr in der Lage sind, Ihren eigenen Willen zu bilden oder mitzuteilen. Sie können für diesen Fall Situationen benennen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll. Im Formular sind beispielhaft einige Situationen genannt, die Sie durch Ankreuzen und Streichen auswählen können. Sie

können auch – am besten in Absprache mit Ihrem Hausarzt oder einem anderen Arzt Ihres Vertrauens – eine eigene Beschreibung von Situationen einfügen, in denen die Verfügung gelten soll. Wenn Sie keine Situation benennen, bringen Sie damit zum Ausdruck, dass Ihre Verfügung nicht an eine Art oder ein Stadium einer Erkrankung gebunden und die Reichweite uneingeschränkt ist.

Um Missverständnisse zu vermeiden oder dem eventuellen Verdacht einer nachträglichen Veränderung durch Dritte zu begegnen, empfehlen wir, in den Teilen 2 bis 5 alle Textbausteine, die Sie nicht ankreuzen, durchzustreichen.

### **Teil 3: Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen**

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 2 ff.)

In diesem Teil benennen Sie medizinische Maßnahmen (Untersuchungen, Heilbehandlungen, Eingriffe), von denen Sie erwarten, dass diese durchgeführt oder unterlassen werden sollen, wenn eine der von Ihnen in Teil 2 ausgewählten Situationen eingetreten ist.

In der linken Spalte finden Sie „positive“ Erklärungen: Durch Ankreuzen bestimmen Sie, welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen. In der rechten Spalte können Sie durch Ankreuzen mitteilen, welche Maßnahmen unterlassen werden sollen. Wenn Sie Fragen zu der Art der Maßnahmen oder zu der Tragweite Ihrer Willenserklärung haben, dann können Sie sich mit einem Arzt Ihres Vertrauens oder bei einer qualifizierten Beratungsstelle beraten.

Am Ende des dritten Teils haben Sie wiederum die Möglichkeit, persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten medizinischen Maßnahmen aufzuschreiben. Auch hier ist eine Besprechung mit Ihrem Arzt ratsam.

### **Teil 4: Aufenthalt und Begleitung**

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 5)

Welche Umgebung in der letzten Lebensphase und welche persönliche oder religiöse Begleitung Geborgenheit oder Trost gibt, kann sehr unterschiedlich empfunden werden. Daher ist es wichtig, dass Sie mitteilen, wo Sie untergebracht sein

möchten, wie Ihre Umgebung konkret gestaltet werden soll, wer Ihnen beistehen und Sie begleiten soll.

### **Teil 5: Verbindlichkeit**

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 5)

In diesem Teil geben Sie an, dass Ihnen die Tragweite und die Widerrufsmöglichkeiten Ihrer Patientenverfügung bewusst sind.

### **Teil 6: Aufklärung**

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 6)

Das Patientenrechtegesetz (BGB § 630e) sieht vor, dass Patienten vor jedem medizinischen Eingriff ärztlich aufgeklärt werden müssen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Wirksamkeit von Patientenverfügungen, sofern sie Einwilligungen in bestimmte ärztliche Maßnahmen enthalten: Hat kein ärztliches Aufklärungsgespräch stattgefunden ist der ausdrückliche Verzicht auf diese Aufklärung erforderlich. Die Ablehnung einer ärztlichen Maßnahme ist ohne ärztliche Aufklärung wirksam.

In diesem Teil können Sie angeben, ob Sie bei der Erstellung Ihrer Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt wurden oder auf eine Aufklärung verzichten.

### **Teil 7: Unterschrift**

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 6)

Erst durch Ihre persönliche Unterschrift (mit Angabe von Ort und Datum) werden die von Ihnen erstellten Erklärungen verbindlich. Sie bestätigen damit, dass Sie im Vollbesitz Ihrer geistigen Kräfte die Bedeutung und Tragweite dieser Voraussetzungen erfasst haben, dass Sie die Erklärungen in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck verfasst haben und dass Sie wissen, dass Sie diese verändern und widerrufen können. Wenn Sie möchten, können Sie die Personen angeben, die Sie bei der Erstellung unterstützt oder beraten haben (zum Beispiel ein Arzt, ein Jurist, ein Seelsorger, ein Mitarbeiter aus dem Krankenhaussozialdienst oder einer Betreuungsstelle, ein Angehöriger). Diese freiwillige Angabe kann im Anwendungsfall ein hilfreicher Hinweis sein, wer zur Erstellung der Erklärungen mit beigetragen hat und wer bei eventuellen Unklarheiten befragt werden kann.

Sinnvoll ist es auch, dass eine weitere Person durch ihre Unterschrift bestätigt, dass Sie diese Erklärungen in eigener Verantwortung und im Bewusstsein ihrer Tragweite erstellt haben.

### **Teil 8: Regelmäßige Aktualisierung**

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 7)

Es gibt keine begrenzte Gültigkeit einer Patientenverfügung. Sie ist solange gültig, bis sie widerrufen wird. Der Gesetzgeber will nicht, dass eine zwischenzeitliche Meinungsänderung unterstellt wird. Es ist jedoch sinnvoll, die Gültigkeit regelmäßig zu bestätigen und das Dokument auf Aktualität zu überprüfen, insbesondere beim Auftreten einer neuen Erkrankung und wenn ein medizinischer Eingriff bevorsteht.

Falls sich seit der Erstellung oder der letzten Bestätigung Ihrer Patientenverfügung Ihre Ansichten verändert haben, erstellen Sie das Dokument am besten komplett neu, um jegliche Komplikationen oder Fehlinterpretationen zu vermeiden und vernichten das alte Dokument.

### **Möglichkeiten der Aufbewahrung und Registrierung**

Kopien ihrer Vorsorgedokumente sollten Sie bei Ihrem Bevollmächtigten oder einer Vertrauensperson hinterlegen. Informieren Sie diese auch darüber, wo die Originaldokumente im Bedarfsfall zu finden sind. Falls Sie Änderungen an den Vorsorgedokumenten vornehmen, sollten Sie unbedingt darauf achten, dass Sie alle Kopien, die Sie extern hinterlegt haben, einziehen und gegen die neue Version austauschen. Es besteht zudem die Möglichkeit bei der Bundesnotarkammer das Vorhandensein von Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung registrieren zu lassen.

## **Vorsorgevollmacht**

Damit im Anwendungsfall Ihr in der Patientenverfügung beschriebener Wille auch umgesetzt wird, ist es ratsam, dass Sie von einer Person Ihres Vertrauens vertreten werden können. Daher sollten Sie eine Vorsorgevollmacht zumindest für Gesundheitsangelegenheiten erstellen. Empfehlenswert ist die Ausweitung der Vollmacht, auch auf Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten.

Mit dieser Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, in Ihrem Sinne Entscheidungen zu treffen über die Aufnahme, Fortführung oder den Abbruch medizinischer Maßnahmen sowie den Aufenthalt für den Fall, dass Sie selbst nicht mehr dazu fähig sind.

Sie haben auch die Möglichkeit, mehrere Personen gleichberechtigt als Bevollmächtigte einzusetzen. Dies birgt jedoch die Gefahr unterschiedlicher Einschätzungen Ihres Willens durch die Bevollmächtigten. Empfehlenswert ist daher, eine Rangfolge der Bevollmächtigten vorzugeben bzw. diesen bestimmte Zuständigkeitsbereiche zuzuordnen. Sollten Sie dennoch eine gleichberechtigte Bevollmächtigung für mehrere Personen vorziehen, dann ist die erste Seite der Vorsorgevollmacht entsprechend anzupassen.

Mit den Unterpunkten der Vorsorgevollmacht haben Sie die Möglichkeit, eine umfassende Vollmacht zu erstellen, die auch als einzelnes Dokument – ohne Patientenverfügung – rechtswirksam ist.

Benennen Sie möglichst noch eine zweite Person, die im Verhinderungsfall der erstgenannten entscheidungsbefugt ist. Wichtig ist, dass Sie mit beiden Personen alles sehr genau und ausführlich besprechen. Eine solche Person muss Ihre Werte und Wünsche gut kennen und gleichzeitig auch in einer solchen Belastungssituation entscheidungsfähig und erreichbar sein. Nicht immer ist es ratsam, den engsten Verwandten oder emotional sehr stark gebundenen Menschen eine solche Aufgabe anzuvertrauen. Für diese Menschen ist es oft schwer, in der konkreten Belastungssituation den Willen des Vollmachtgebers durchzusetzen. Gleichzeitig muss es aber eine Person sein, der Sie volles Vertrauen entgegenbringen, die Sie gut kennt.

Wollen Sie für bestimmte Bereiche abweichend von den Hauptbevollmächtigten spezielle Personen bevollmächtigen, so benennen Sie diese. Ansonsten streichen Sie bitte diese Passage.

Mit Ihrer persönlichen Unterschrift (mit Angabe von Ort und Datum) wird die von Ihnen erstellte Vorsorgevollmacht verbindlich.

Eine Vorsorgevollmacht ist eine einseitige Erklärung des Vollmachtgebers. Dennoch sollten Sie



diese mit dem/den Bevollmächtigten besprechen und von ihm/ihnen unterschreiben lassen. Sie machen damit deutlich, dass Sie ihn/sie verpflichten, in Ihrem Sinne zu handeln.

Im Anwendungsfall muss die/der Bevollmächtigte das Original der Vorsorgevollmacht vorlegen.

## **Betreuungsverfügung**

Zusätzlich zur Vorsorgevollmacht ist die Erstellung einer Betreuungsverfügung empfehlenswert. Damit sind Sie für den Fall abgesichert, dass trotz einer bestehenden Vorsorgevollmacht eine gesetzliche Vertretung für einen in der Vorsorgevollmacht noch nicht geregelten Bereich erforderlich wird.

Es kann jedoch Gründe geben, die Sie veranlassen, für bestimmte Bereiche oder überhaupt keine Vorsorgevollmacht zu erstellen, zum Beispiel wenn Sie möchten, dass wichtige Entscheidungen in Gesundheits- oder Vermögensfragen von einer externen Stelle, dem Betreuungsgericht, überprüft werden. Dann haben Sie die Möglichkeit, einen rechtlichen Betreuer vorzuschlagen (oder auch eine Person ausdrücklich als Betreuer auszuschließen). Das Betreuungsgericht ist für den

Fall, dass ein Betreuer bestellt werden muss, in aller Regel an Ihre Verfügungen gebunden. Wenn Sie keinen Vorsorgebevollmächtigten und keinen potenziellen Betreuer benannt haben, wird im Bedarfsfall das Betreuungsgericht eine Person (Familienangehöriger, Rechtsanwalt, Berufsbetreuer) bestellen.

Mit Ihrer persönlichen Unterschrift (mit Angabe von Ort und Datum) wird die von Ihnen erstellte Betreuungsverfügung verbindlich.

## **Rechtsgrundlagen und Begriffe**

(Seite 8)

Diese Abschnitte enthalten wichtige Paragraphen zum Thema Patientenverfügung und erklären im Text genannte Begriffe.

## **Verfügungsausweise**

(Seite 11)

Als Hinweis auf Ihre Vorsorgedokumente ist es sinnvoll, einen Verfügungsausweis zum Beispiel beim Personalausweis mit sich zu tragen.

# Rechtsgrundlagen

## Einschlägige Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)

### § 630e Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

### § 1896 Voraussetzungen

(2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die

Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1897 Abs. 3 bezeichneten Personen gehört\*, oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

### § 1901a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

*\*Der genannte Absatz besagt:*

*(3) Wer zu einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung, in welcher der Volljährige untergebracht ist oder wohnt, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden.*

### **§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens**

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

### **§ 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen**

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach Absatz 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen,

nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

### **§ 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung**

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(3) Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn

1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt. § 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme

me bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen län-

geren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1, 3 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

## Begriffe und Abkürzungen

### **BGB**

Bürgerliches Gesetzbuch

### **Betreuer**

Kann ein Mensch auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten nicht oder nicht mehr selbst besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amtswegen für ihn einen Betreuer (s. Rechtsgrundlagen § 1896 Abs. 2 BGB).

Ein Betreuer darf nur für Aufgabenbereiche bestellt werden, in denen eine Betreuung unbedingt notwendig ist.

Zu den möglichen Aufgabenbereichen gehören unter anderem: Gesundheitsfürsorge, Vermögensangelegenheiten, Beantragung von Renten, Empfangen und Öffnen der Post, Aufenthaltsbestimmung, Unterbringungsmaßnahmen.

### **Bevollmächtigter**

Der Bevollmächtigte wird vom Vollmachtgeber persönlich im Vorhinein bestimmt und handelt und entscheidet in dessen Namen. Er kann für die gleichen Bereiche eingesetzt werden wie ein gesetzlicher Betreuer. Ist ein Bevollmächtigter benannt worden und kann dieser die Angelegenheiten ebenso gut wie ein Betreuer besorgen, darf für denselben Aufgabenbereich kein Betreuer eingesetzt werden.

### **Palliativmedizin**

Die Palliativmedizin bezeichnet das Fachgebiet der Medizin, das sich mit einer angemessenen medizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten mit einer absehbar begrenzten Lebenserwartung befasst. Neben einer möglichst umfassenden Schmerztherapie gehört vor allem eine gute Symptomkontrolle zu den Hauptaufgaben. In der Palliativmedizin wird in der Regel versucht, die Symptome und Beschwerden interdisziplinär zu behandeln: medizinisch, pflegerisch, psychosozial und seelsorgerisch.

### **Symptomkontrolle**

Symptomkontrolle meint die größtmögliche Linderung der Beschwerden von schwerstkranken Menschen in der letzten Zeit ihres Lebens und somit die Verbesserung der jeweiligen Lebensqualität. Zu den möglichen Beschwerden gehören vor allem: Atemnot und Rasselatmung, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen, schwere Verstopfung oder Durchfall, schmerzhafter Harndrang, Wundliegen, Juckreiz, Lymphödeme, Schwäche und Schwindel, Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Bewusstseins sowie Angst und Unruhe.

## Verfügungsausweise

Da Sie diese umfangreichen Verfügungen nicht ständig bei sich tragen werden, ist es sinnvoll, einen Hinweis auf sie in Form eines Verfügungsausweises, den Sie zum Beispiel bei Ihrem Personalausweis führen, zu geben.

Tragen Sie im Ausweis bei **1** Ihre eigenen Personalien ein.

Bei **2** tragen Sie den Ort oder die Person ein, wo Sie Ihre Vorsorgedokumente hinterlegt haben.

Auf der Rückseite tragen Sie bei **3** die Person ein, die Sie als Bevollmächtigte/n benannt haben.

Schneiden Sie dann die Ausweise aus, falten diese in der Mitte und legen Sie sie in Ihr Portemonnaie bzw. zu Ihrer Krankenkassenkarte.

### Verfügungsausweis für

Name ..... **1**

Vorname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Ich habe eine

Patientenverfügung  Vorsorgevollmacht

Betreuungsverfügung hinterlegt bei:

..... **2**

Adresse .....

.....  
Telefon .....

### Verfügungsausweis für

Name ..... **1**

Vorname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Ich habe eine

Patientenverfügung  Vorsorgevollmacht

Betreuungsverfügung hinterlegt bei:

..... **2**

Adresse .....

.....  
Telefon .....

**Die bevollmächtigte Person gemäß § 1896  
Abs. 2 BGB ist:**

3

Name .....

Adresse .....

PLZ, Ort .....

**Ein Vertreter/eine Vertreterin ist in  
der Vorsorgevollmacht benannt.**



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

© Malteser, Köln 2016

**Die bevollmächtigte Person gemäß § 1896  
Abs. 2 BGB ist:**

3

Name .....

Adresse .....

PLZ, Ort .....

**Ein Vertreter/eine Vertreterin ist in  
der Vorsorgevollmacht benannt.**



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

© Malteser, Köln 2016



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

**Malteser Deutschland  
gemeinnützige GmbH**  
Von-Hompesch-Straße 1  
53123 Bonn  
Telefon: 0228 6481-493  
Telefax: 0228 6481-560  
patientenverfuegung@malteser.org  
www.malteser.de

# Patientenverfügung

**von** .....  
Vorname Nachname Geburtsdatum  
.....  
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

## 1. Meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

### Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

*Bitte kreuzen Sie diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll.*

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

- mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit

nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*(Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll. Es sollen dabei aber nur Situationen beschrieben werden, die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit einhergehen können.)*

### 3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

#### 3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

dass alle medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

**oder**  dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

---

#### 3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

**oder**  wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

---

### 3.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |  |             |   |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.          | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> die Unterlassung einer künstlichen Ernährung.  |
| <input type="checkbox"/> dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. |             | <input type="checkbox"/> die Unterlassung einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung). |
|  |             | <input type="checkbox"/> eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.                 |
- 

### 3.4 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |   |             |   |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf. |
|---|-------------|---|
- 

### 3.5 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |   |             |   |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. |
|---|-------------|---|
- 

### 3.6 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |  |             |   |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung). |
|--|-------------|---|
-

### 3.7 Blutersatzprodukte

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen (außer zur Beschwerdelinderung).
- 

### 3.8 Kreislaufstabilisierende Medikamente

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- die Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten (außer zur Beschwerdelinderung).
- 

### 3.9 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- für den Fall, dass ein Notarzt hinzugezogen wird, dass dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.
- 

### 3.10 Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. **oder**  Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. **oder**  gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
-

### 3.11 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen:

.....

.....

.....

.....

## 4. Aufenthalt und Begleitung

Ich den unter 2. beschriebenen Situationen möchte ich

- wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.
- ins Krankenhaus verlegt werden.

von folgenden Personen begleitet werden:

.....

.....

.....

seelsorgliche Begleitung erhalten.

das Sakrament der Krankensalbung empfangen.

**Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:**

.....

.....

.....

## 5. Verbindlichkeit und Widerruf

- Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Willens befolgt wird und der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein Betreuer Sorge für dessen Umsetzung trägt. Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.
- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Willens zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.
- Im Falle, dass der behandelnde Arzt und mein Bevollmächtigter sich über meinen mutmaßlichen Willens nicht einig sind, erwarte ich von meinem Bevollmächtigten bzw. meinem Betreuer, dass er das Betreuungsgericht einschaltet.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.

**oder**

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willens entsprechen.

## Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit dem/der/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.

oder  Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt.

oder  Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt.

## 6. Aufklärung

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

oder

Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.

## 7. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Bei der Erstellung wurde ich beraten von .....  
(Angaben nicht erforderlich).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Bestätigung durch einen Zeugen/eine Zeugin: (Angaben nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## 8. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. .... am: .....
2. .... am: .....
3. .... am: .....

### Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit

**meiner Patientenverfügung.** *(Wenn ich meine Patientenverfügung nicht in regelmäßigen Abständen bestätigt habe, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.)*

#### 1. Bestätigung

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### 2. Bestätigung

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### 3. Bestätigung

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### 4. Bestätigung

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### 5. Bestätigung

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### 6. Bestätigung

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



# Vorsorgevollmacht

von

.....  
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

**Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erteile ich hiermit folgender Person/folgenden Personen**

.....  
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

.....

.....

**und bei Verhinderung der vorgenannten Person/Personen**

.....  
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

die Vollmacht, mich in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermeiden. Sie bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte, und soll über meinen Tod hinaus in Geltung bleiben.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

## 1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

Die o.g. Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege und einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege entscheiden und ist gehalten, sich dabei an dem in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu orientieren.

ja

nein

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).

ja

nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht.

ja

nein

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. Zusätzlich ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichts notwendig (§ 1906, Abs. 2, 3a und 5 BGB).

ja

nein

## 2. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag (inklusive einer Kündigung) wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen Heimvertrag abschließen, ändern und kündigen.

ja

nein

## 3. Vertretung vor Behörden

Sie darf mich vor Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

ja

nein

## 4. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

ja

nein

## 5. Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen.

ja

nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen dürfen:

.....  
*(Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenem Vordruck! Für Immobiliengeschäfte, Darlehensverträge und Handelsgewerbe ist eine notariell beurkundete Vollmacht notwendig!)*

## 6. Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) entscheiden.

ja

nein

## 7. Untervollmachten

Sie ist dazu ermächtigt, für einzelne Bereiche Untervollmachten zu erteilen.

ja

nein

**Abweichend von den oben genannten bevollmächtigten Personen möchte ich für die Bereiche**

1.     2.     3.     4.     5.     6.     7.

*(bitte ankreuzen oder streichen!)*

eine ausschließliche Vertretung durch folgende Person:

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

**Bestätigung durch die Bevollmächtigten** (Angaben nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den Wünschen und Werten der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers zu orientieren.

**1. Bevollmächtigte/r**

**2. Vertreter der/des Bevollmächtigten**

.....  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten

.....  
Unterschrift der Vertreterin/des Vertreters  
der/des Bevollmächtigten

.....  
Ort, Datum

.....  
Ort, Datum

**Hinweis auf eine existierende Patientenverfügung/Betreuungsverfügung**

Ich besitze eine Patientenverfügung. Der Vorsorgebevollmächtigte hat die in meiner Patientenverfügung geäußerten Erklärungen zu achten. Ich habe mit meinem/meiner Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.

**oder**

Ich besitze keine Patientenverfügung.

Ich besitze eine Betreuungsverfügung.

**oder**

Ich besitze keine Betreuungsverfügung.

**8. Unterschrift**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Bestätigung durch eine Zeugin/einen Zeugen:** (Angaben nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# Betreuungsverfügung

von

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

Hiermit verfüge ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in Ergänzung zu einer Vollmachtserklärung oder anstelle einer Vollmachtserklärung für den Fall, dass ich infolge von Krankheiten, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr besorgen kann und ein Betreuer/eine Betreuerin als gesetzlicher Vertreter bestellt werden muss, folgende Person einzusetzen:

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

## und bei Verhinderung der erstgenannten Person

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

Auf **keinen Fall** soll zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden:

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

## Hinweis auf eine existierende Patientenverfügung und eine existierende Vorsorgevollmacht

Ich besitze eine Patientenverfügung. Der Betreuer hat die in meiner Patientenverfügung geäußerten Erklärungen zu achten.

**oder**

Ich besitze keine Patientenverfügung.

Ich besitze eine Vorsorgevollmacht.

**oder**

Ich besitze keine Vorsorgevollmacht.

## Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Betreuungsverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Bestätigung durch eine Zeugin/einen Zeugen: *(Angaben nicht erforderlich)*

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift