



**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  
Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln  
Telefon: 0228 6481-493  
E-Mail: [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,  
Dr. Elmar Pankau (Vors. d. Geschäftsführung)

Bilder: Engels, Matzen, Raake, [www.digitalstock.de](http://www.digitalstock.de)  
Titelbild: Ruprecht Stempell  
Grafik: Jörg Röhrig; lux-grafik, Münster ([www.lux-grafik.de](http://www.lux-grafik.de))

13. aktualisierte Auflage  
© Malteser Deutschland, Köln 09/2019

# 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 medizinische Maßnahme bedarf Ihrer Zustimmung als Patientin bzw. Patient – oder, falls Sie nicht einwilligungsfähig sind, Ihrer legitimierten Vertretung. 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 der Patientin bzw. 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 legitimierter Vertreter bzw. eine legitimierte Vertreterin die Entscheidung treffen, ob eine ärztliche Maßnahme durchgeführt werden soll oder nicht. Ihre legitimierte Vertretung kann entweder eine Person übernehmen, die von Ihnen selbst dazu beauftragt ist (eine Bevollmächtigte bzw. ein Bevollmächtigter\*), oder eine vom Gericht beauftragte Betreuerin bzw. ein vom Gericht beauftragter Betreuer\*. Ihre legitimierte Vertretung muss sich bei der Entscheidung an Ihrem (mutmaßlichen) Willen oder Wohl orientieren und diesem Geltung verschaffen.

## **Woher weiß Ihre legitimierte Vertretung, was Ihr Patientenwille ist?**

Ihre legitimierte Vertretung prüft, ob eine Patientenverfügung vorliegt und ob diese die aktuelle

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



Lebens- und Behandlungssituation trifft. Ist dies gegeben, muss Ihre Vertretung dafür Sorge tragen, dass Ihre Festlegungen umgesetzt werden. Liegt keine Patientenverfügung vor oder trifft diese nicht auf die aktuelle Situation zu, muss sich Ihre legitimierte Vertretung an Ihren Behandlungswünschen und Ihrem mutmaßlichen Patientenwillen orientieren, den sie 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 einer bzw. eines einwilligungsfähigen Volljährigen für den eventuellen zukünftigen Fall, dass sie bzw. er nicht mehr einwilligungsfähig ist. Sie bzw. er bestimmt für diese Situation, ob sie bzw. er in bestimmte medizinische Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffe einwilligt oder diese untersagt (vgl. §1901a Abs. 1 BGB). Sie bzw. 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 für die bevollmächtigten oder mit der Betreuung beauftragten Personen eine hohe Verbindlichkeit.



# Wegweiser durch die Vorsorgeinstrumente

Erfahrungen oder Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Tod anzugeben, zum Beispiel: „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:

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: Motivation für das Verfassen dieser Patientenverfügung – 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 an dieser Stelle Raum, Ihre Wünsche und Ihre Werte deutlich zu machen. Oft ist es auch für das Verständnis einer Patientenverfügung hilfreich, wichtige gute und schlechte

- 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 nicht mehr in der Lage sind, Ihren eigenen Willen zu bilden oder mitzuteilen. Sie sollten für diesen Fall bestimmte Situationen benennen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll, damit Ihr Wille möglichst konkret und eindeutig beschrieben ist, so wie es die BGH-Rechtsprechung in den Beschlüssen von Juli 2016, Februar 2017 und November 2018 fordert. Im Formular sind beispielhaft einige Situationen genannt, die Sie durch Ankreuzen und Streichen auswählen können. Sie können auch – am besten in Absprache mit Ihrer Hausärztin bzw. Ihrem Hausarzt – eine eigene Beschreibung von Situationen einfügen, in denen die Verfügung gelten soll. Dabei schränkt das Gesetz die Reichweite nicht ein, d.h. Ihre Verfügung ist nicht an eine Art oder ein Stadium einer Erkrankung gebunden.

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 bestimmte medizinische Maßnahmen (Untersuchungen, Heilbehandlungen, ärztliche Eingriffe), von denen Sie erwarten, dass diese durchgeführt oder unterlassen werden sollen, wenn eine der von Ihnen in Teil 2 ausgewählten Situationen eingetreten ist. Damit enthält Ihre Patientenverfügung die konkreten Angaben zu medizinischen Maßnahmen, die nach der BGH-Rechtsprechung erforderlich sind.

In der linken Spalte finden Sie „positive“ Erklärungen: Durch Ankreuzen bestimmen Sie, welche lebensverlängernden 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 durch eine Ärztin bzw. einen Arzt Ihres Vertrauens oder eine qualifizierte Beratungsstelle beraten lassen.

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 Ihrer Ärztin bzw. 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 ratsam, 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 f.)

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

### **Teil 6: Aufklärung**

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 7)

Das Patientenrechtegesetz (§ 630e BGB) sieht vor, dass Patienten vor jeder medizinischen Maßnahme 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 im Rahmen der Erstellung einer Patientenverfügung stattgefunden, ist der ausdrückliche Verzicht auf diese Aufklärung erforderlich. Die Ablehnung von medizinischen Maßnahmen in einer Patientenverfügung ist auch 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 7)

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 medizinisch, juristisch oder durch Mitarbeitende der Seelsorge, des Krankenhaussozialdienstes oder einer Betreuungsstelle oder Angehörige). 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 bezeugt, dass Sie die Patientenverfügung selbst unterschrieben haben. Dies kann z.B. eine Person sein, die Sie bei der Erstellung Ihrer Patientenverfügung unterstützt hat oder mit der Sie über den Inhalt Ihrer Patientenverfügung gesprochen haben.

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

(beigefügtes Dokument Patientenverfügung, Seite 8)

Es gibt keine begrenzte Gültigkeit einer Patientenverfügung. Sie ist solange gültig, bis sie widerrufen wird. Im Patientenverfügungsgesetz ist keine regelmäßige Erneuerung oder Bestätigung der Patientenverfügung vorgesehen. Eine zwischenzeitliche Meinungsänderung soll nicht unterstellt werden. 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 können Sie bei den von Ihnen bevollmächtigten Personen bzw. Personen ihres Vertrauens 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 Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung und in Verbindung damit auch einer Patientenverfügung kostenpflichtig registrieren zu lassen.

## **Vorsorgevollmacht**

Damit im Anwendungsfall Ihr in der Patientenverfügung beschriebener Wille auch umgesetzt wird, ist es ratsam, dass Sie von einer Person Ih-

res Vertrauens vertreten werden können. Dafür bedarf es der Bevollmächtigung Ihrer Vertrauensperson in einer Vorsorgevollmacht zumindest für Gesundheitsangelegenheiten. Voraussetzung für die Erstellung einer Vorsorgevollmacht ist die Geschäftsfähigkeit der Vollmachtgeberin bzw. des Vollmachtgebers. Empfehlenswert ist die Ausweitung der Vollmacht insbesondere 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 über Ihren Aufenthalt zu bestimmen 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 der Vollmachtgeberin bzw. des Vollmachtgebers durchzusetzen. Gleichzeitig muss es aber eine Person sein, der Sie volles Vertrauen entgegenbringen und 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 (beigefügtes Dokument Vorsorgevollmacht S. 3 unten).

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

Eine öffentliche Beglaubigung oder notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht ist nur für bestimmte Rechtsgeschäfte notwendig: Die öffentliche Beglaubigung der Vorsorgevollmacht ist beispielsweise erforderlich bei Immobiliengeschäften, bei der Abgabe von Erklärungen gegenüber dem Handelsregister, bei einer Erbausschlagung oder bei der Beantragung von Reisepass oder Personalausweis. Eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht ist bei der Aufnahme von Verbraucherdarlehen gesetzlich vorgeschrieben. In der Praxis kann sich beispielsweise auch bei Immobiliengeschäften – über die in jedem Fall erforderliche öffentliche Beglaubigung hinaus – eine notarielle Beurkundung als notwendig erweisen.

Eine Vorsorgevollmacht ist eine einseitige Erklärung der Vollmachtgeberin bzw. des Vollmachtgebers. Dennoch sollten Sie diese mit der bevollmächtigten Person/den bevollmächtigten Personen besprechen und von ihr/ihnen unterschreiben lassen. Sie machen damit deutlich, dass Sie diese verpflichten, in Ihrem Sinne zu handeln.

Im Anwendungsfall muss die bevollmächtigte Person/müssen die bevollmächtigten Personen das Original der Vorsorgevollmacht vorlegen.

## **Betreuungsverfügung**

Zusätzlich zur Vorsorgevollmacht ist die Erstellung einer Betreuungsverfügung empfehlenswert. Damit sorgen Sie für den Fall vor, dass trotz einer bestehenden Vorsorgevollmacht eine gesetzliche Vertretung für einen in der Vorsorgevollmacht noch nicht geregelt 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, eine Betreuerin bzw. einen Betreuer vorzuschlagen (oder auch eine Person ausdrücklich für die Betreuung auszuschließen). Das Betreuungsgericht ist für den Fall, dass eine Betreuung eingerichtet werden muss, in aller Regel an Ihre Verfügungen gebunden. Wenn Sie keine Person bevollmächtigt und keine Person für die Übernahme Ihrer Betreuung benannt haben, wird im Bedarfsfall das Betreuungsgericht eine Person (beispielsweise Familienangehörige, eine Rechtsanwältin bzw. einen Rechtsanwalt, einen Berufsbetreuerin bzw. einen Berufsbetreuer) als Betreuerin bzw. Betreuer bestellen.

In der Betreuungsverfügung haben Sie die Möglichkeit, Ihre Wünsche dazu aufzuschreiben, wie im Fall einer notwendigen Betreuung die bzw. der für Sie vom Betreuungsgericht bestellte Betreuerin bzw. Betreuer Ihre Lebensführung gestalten und Ihr Vermögen hierfür einsetzen soll. So können Sie zum Beispiel Angaben zur Fortführung Ihres Lebensstandards machen, vermerken, wer weiterhin Geschenke in welcher Höhe von Ihnen erhalten soll, in welcher Pflegeeinrichtung Sie nach Möglichkeit leben wollen, wenn dies notwendig sein sollte, oder was im Falle einer Wohnungsauflösung mit Ihren persönlichen Gegenständen passieren soll.

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

## **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 oder bei der Gesundheitskarte 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 freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen**

(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, die Maßnahme 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.

(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

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

### **§ 1906a Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen**

(1) Widerspricht eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in die ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen, wenn

1. die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl des Be-

- treuten notwendig ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
2. 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,
  3. die ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1901a zu beachtenden Willen des Betreuten entspricht,
  4. zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
  5. der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann,
  6. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt und
  7. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird. § 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfül-

lung seiner Pflichten verhindert ist.

(2) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts.

(3) Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

(4) Kommt eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht, so gilt für die Verbringung des Betreuten gegen seinen natürlichen Willen zu einem stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus § 1906 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 2 und 3 Satz 1 entsprechend.

(5) Die Einwilligung eines Bevollmächtigten in eine ärztliche Zwangsmaßnahme und die Einwilligung in eine Maßnahme nach Absatz 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die Einwilligung in diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 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 sowie Unterbringungsmaßnahmen.

### **Bevollmächtigter**

Der Bevollmächtigte wird vom Vollmachtgeber persönlich 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 .....

**Eine Vertreterin/ein Vertreter ist in  
der Vorsorgevollmacht benannt.**



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

© Malteser, Köln 09/2019

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

3

Name .....

Adresse .....

PLZ, Ort .....

**Eine Vertreterin/ein Vertreter ist in  
der Vorsorgevollmacht benannt.**



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

© Malteser, Köln 09/2019



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

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

# Patientenverfügung



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

von Vorname ..... Nachname ..... Geburtsdatum .....

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

## 1. Motivation für das Verfassen dieser Patientenverfügung – 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 nach meinen Verfügungen und Werten richten. 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, ggf. aktuell bekannte Erkrankungen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

*Bitte kreuzen Sie all 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 eines unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses 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

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass alle medizinisch indizierten Maßnahmen nach Maßgabe der unter Punkt 3.1 bis 3.9 bezeichneten Bestimmungen durchgeführt werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- oder**  dass lebenserhaltende Maßnahmen nach Maßgabe der unter Punkt 3.1 bis 3.9 bezeichneten Bestimmungen unterlassen werden bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

#### 3.1 Schmerz- und Symptombehandlung

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

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung, da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.
- 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.

### 3.2 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

**oder**

- die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene (außer zur Beschwerdelinderung).
- die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung).

Eine medizinische Basisbetreuung, die allen Patientinnen und Patienten zusteht, umfasst bei Sterbenden u.a. eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.

---

### 3.3 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

**oder**

- 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.
- 

### 3.4 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

**oder**

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
- 

### 3.5 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

**oder**

- dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung).
-

### 3.6 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).
- 

### 3.7 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).
- 

### 3.8 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 eine Notärztin/ein Notarzt hinzugezogen wird, dass dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.
- 

### 3.9 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. *(Wenn Sie sich gegen eine Organspende entschieden haben, streichen Sie bitte den nachfolgenden Passus.)*

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. Dafür lasse ich zeitlich eng begrenzt (Stunden bis höchstens wenige Tage) intensivmedizinische Maßnahmen zu. **oder**  gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
-



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

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

## 4. Aufenthalt und Begleitung

In den unter 2. beschriebenen Situationen möchte ich,

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.       | <input type="checkbox"/> von folgender Person/folgenden Personen begleitet werden:<br>.....<br>.....<br>..... |
| <input type="checkbox"/> wenn möglich in ein Hospiz verlegt werden.                   |   |
| <input type="checkbox"/> wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.       | <input type="checkbox"/> seelsorgliche Begleitung erhalten.   |
| <input type="checkbox"/> ins Krankenhaus verlegt werden.                              | <input type="checkbox"/> das Sakrament der Krankensalbung empfangen.  |
| <input type="checkbox"/> wenn möglich die Betreuung durch ein Palliativteam erhalten. |   |

### Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

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

## 5. Verbindlichkeit, Anhörungsverfahren und Widerruf

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Wille befolgt wird und die/der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein/e Betreuer/in 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, sind meine Behandlungswünsche und/oder mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.

- Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll der/den folgenden Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist:

Name: .....  
Vorname: .....  
Geb.dat.: .....  
Adresse: .....  
Telefon: .....  
E-Mail: .....  
Folgende Person/en soll/en nicht angehört werden:  
Name: .....  
Vorname: .....  
Geb.dat.: .....  
Adresse: .....  
Telefon: .....  
E-Mail: .....

Im Falle, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt und mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in sich über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meine Behandlungswünsche oder meinen mutmaßlichen Willen nicht einig sind, erwarte ich von meiner/meinem Bevollmächtigten bzw. meiner/meinem Betreuer/in, dass sie/er das Betreuungsgericht einschaltet.

Sollte eine Ärztin/ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner/meinem Bevollmächtigten bzw. meiner/meinem Betreuer/in erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

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 bzw. 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 Willen entsprechen.

### Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/dem/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen. Ich habe folgende Person/Personen bevollmächtigt:

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Betreuungsverfügung erstellt. Als Betreuer/in wünsche ich mir:

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

**oder**  Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.

**oder**  Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt.

## 6. Aufklärung

Soweit ich bestimmte Behandlungen in meiner Patientenverfügung wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung dieser Patientenverfügung.

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 unterstützt von:.....  
(Angaben nicht erforderlich)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

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

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung 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 die Aktualität meiner Patientenverfügung nicht regelmäßig bestätige, 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



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

**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

.....  
Vorname Nachname Geburtsdatum

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

**und bei Verhinderung der vorgenannten Person/Personen (z.B. aufgrund von Urlaub, Krankheit, Tod)**

.....  
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 bevollmächtigte Personen bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen können.

## 1. Gesundheitsorge/Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge 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 sowie in ärztliche Eingriffe 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 und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). Bei Einigkeit zwischen Ärztin/Arzt und der bevollmächtigten Person ist keine Genehmigung des Betreuungsgerichts notwendig (§ 1904 Abs. 4 BGB).  ja  nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärztinnen/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 (§ 1906a Abs. 1 BGB) und über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus entscheiden, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Abs. 4 BGB) sowie 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 und 5, § 1906a Abs. 2 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 Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: 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:

zu 5. Vermögenssorge:

*Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenem Vordruck! Zu beachten ist, dass die bevollmächtigte Person bestimmte Rechtsgeschäfte nur dann rechtlich wirksam vornehmen kann, wenn die Vorsorgevollmacht in einer besonderen Form vorliegt. Eine öffentliche Beglaubigung der Vorsorgevollmacht ist beispielsweise erforderlich bei Immobiliengeschäften, bei der Abgabe von Erklärungen gegenüber dem Handelsregister, bei einer Erbausschlagung oder bei der Beantragung von Reisepass oder Personalausweis. Eine strengere Form, nämlich eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht, ist bei der Aufnahme von Verbraucherdarlehen gesetzlich vorgeschrieben. In der Praxis kann sich auch bei Immobiliengeschäften - über die in jedem Fall erforderliche öffentliche Beglaubigung hinaus - eine notarielle Beurkundung als notwendig erweisen.*

## 6. Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „persönlich“ – entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Dies gilt auch für die modernen elektronischen Kommunikationsformen (z.B. E-Mails, Telefonanrufe, Abhören von Anrufbeantwortern und Mailbox). Zudem darf sie alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja

nein

## 7. Digitale Medien

Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

ja

nein

## 8. Totensorge und Bestattung

Sie ist dazu ermächtigt meine Bestattung nach meinen Wünschen zu regeln.

ja

nein

## 9. Untervollmachten

Sie ist dazu ermächtigt, für einzelne Bereiche Untervollmachten zu erteilen (z.B. Steuerberaterinnen/Steuerberater, Anwältinnen/Anwälte).

ja

nein

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

1.    2.    3.    4.    5.    6.    7.    8.    9.

(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 nach den Wünschen und Werten der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers zu richten.

**Bevollmächtigte/r**

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

**oder**

Ich besitze keine Patientenverfügung.

Ich besitze eine Betreuungsverfügung.

**oder**

Ich besitze keine Betreuungsverfügung.

**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 von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



# Betreuungsverfügung



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

**von**

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

Hiermit verfüge ich 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 eine Betreuerin/ein Betreuer als gesetzliche Vertretung 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

**Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin/den Betreuer habe ich folgende Wünsche (§ 1901 Abs. 3 BGB):**

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

**Hinweis auf eine existierende Patientenverfügung und eine existierende Vorsorgevollmacht**

Ich besitze eine Patientenverfügung. Die Betreuerin/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 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 von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift