

Mit freundlicher Empfehlung



Leitfaden für die persönliche Vorsorge

- Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten
- Patientenverfügung



Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

Ich, Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

erteile

meiner/meinem Bevollmächtigten Frau Herrn

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

die Vollmacht, mich

in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheit und meine Pflege betreffen,

nur in besonderen Angelegenheiten

Bitte einfügen,
in welchen Fällen:

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

zu vertreten.



Frau/Herr

darf in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheitsvorsorge betreffen, einschließlich der ambulanten und/oder stationären Pflege entscheiden, soweit ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder meines Geisteszustandes nicht oder nicht mehr in der Lage bin, mich bzgl. der medizinischen und pflegerischen Versorgung selbst zu äußern oder eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Voraussetzung ist die andauernde oder vorübergehende Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten.

Die/Der Bevollmächtigte darf insbesondere in sämtliche medizinische und pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsvorsorge einwilligen.

ja nein

nur in besonderen Angelegenheiten

Bitte einfügen,
in welchen Fällen:

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

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

ja nein

Die/Der Bevollmächtigte darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff auch dann einwilligen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

Zur Information: Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

ja nein noch nicht

Sie/Er darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 4 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung gemäß § 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dies meinem Wohl dient.

ja nein

Die/Der Bevollmächtigte darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

ja nein

Sofern ich zusätzlich eine Patientenverfügung erstellt habe, hat die/der Bevollmächtigte dies zu beachten. Sie ist für die/den Bevollmächtigte/Bevollmächtigten verbindlich.

ja nein

Sie/Er darf Krankenunterlagen einsehen.

ja nein

Die/Der Bevollmächtigte darf mich gegenüber den Trägern der Leistungen der Krankenkassen und der Pflegeversicherung vertreten. Im Rahmen der Beantragung von Pflegeleistungen darf auch ein Zielkonto für Leistungen angegeben werden.

Ersatzbevollmächtigte/r

Falls die/der genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein sollte, vorgenannte Aufgabe(n) zu übernehmen, so benenne ich folgende Ersatzperson zu meiner/meinem Ersatzbevollmächtigten: Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

Die Ersatzbevollmächtigung erstreckt sich auf die Dauer der Verhinderung der/des Bevollmächtigten.

Mit der Unterschrift bestätigen die zuvor benannten Bevollmächtigten, dass sie mit der Bevollmächtigung einverstanden sind. Sie sichern zu, sich dafür einzusetzen, meine Wünsche und Wertvorstellungen zu vermitteln.

Ort, Datum / Unterschrift
Bevollmächtigte/r

Ort, Datum / Unterschrift
Ersatzbevollmächtigte/r

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, dann die/den oben bezeichnete/n Bevollmächtigte/n als Betreuerin/Betreuer zu bestellen, ersatzweise die/den Ersatzbevollmächtigte/n.

Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum / Unterschrift

Für evtl. Bestätigungen
der Verfügungen
zu einem späteren
Zeitpunkt (nicht gesetz-
lich vorgeschrieben):

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift,
dass ich den Inhalt meiner
Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten überprüft habe
und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift



Patientenverfügung

Ich, Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

**habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert
und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst.**

**Für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und
Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein
werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person
zu äußern, bestimme ich für die nachfolgende(n) Situation(en)**

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- wenn ich 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 Entzündung 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.
- wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen
- wenn die hier genannte Situation eintritt (eigene Beschreibung der Anwendung):

Anmerkung:

Es sollten nur

Situationen

beschrieben werden,

die mit einer

Einwilligungs-

unfähigkeit einher-

gehen können.

Folgendes: Ich möchte in Würde sterben.



Ärztin/Arzt meines Vertrauens

Frau Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Beratung

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Frau Herrn

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum / Unterschrift

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):
Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Ort, Datum / Unterschrift