

## Patientinnen-/Patientenverfügung

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ/Wohnort:** \_\_\_\_\_

Ich verfüge gegenüber meinen Ärztinnen/Ärzten:

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärztinnen/Ärzte, mit dabei zu helfen. Ich erkläre deshalb, dass ich mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden bin, falls ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion (Decerebration) gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen.

**Ich verfüge:** Die Therapie ist einzustellen, wenn mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte festgestellt haben, dass ich kein menschenwürdiges Leben mehr führen kann und die Schädigung nicht mehr zu beheben ist.

Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte meine Ärztinnen/Ärzte, mir dabei zu helfen. Ich erkläre deshalb, dass im Falle einer zum Tode führenden Krankheit von allen lebensverlängernden Maßnahmen abzusehen ist, insbesondere lehne ich ein Leben in Abhängigkeit von Maschinen, Schläuchen oder ähnlichem ab. Mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte müssen den tödlichen Verlauf (ungünstige Prognose) meiner Krankheit feststellen und prognostiziert haben.

Ich wünsche ein menschenwürdiges Dasein solange ich lebe und bitte meine Ärztinnen/Ärzte, mir dabei zu helfen. Ich erkläre deshalb meine Einwilligung in eine Ärztliche Therapie der Linderung von Leiden und Schmerzen, auch wenn hierzu benutzte Medikamente zur Bewusstseinsausschaltung führen oder wegen ihrer –von der Ärztin/dem Arzt nicht beabsichtigten- Nebenwirkungen zu einem früheren Tod führen sollten.

Diese von mir eigenhändige und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte abgegebene Verfügung bitte ich zu meinen Krankenunterlagen zu nehmen. Sie stellt für die hier bezeichneten Krankheitsfälle meine Einwilligung nur zu den angeführten Maßnahmen dar. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung.

Folgende Personen bevollmächtige ich, für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben. Sie ist/sind mir im Fall von Lebensgefahr zu benachrichtigen. Die behandelnde Ärztin/der Arzt darf an sie Auskunft geben:

1. **Name:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ/Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

2. **Name:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ/Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

Die namentlich aufgeführte/n Person/en, die für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben bevollmächtigt ist/sind, wird/werden auf die Einhaltung dieser Verfügung achten.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **Vollmachtgebers**

Hiermit nehme/n ich/wir vorstehende Vollmacht (Patientinnen-/Patientenverfügung) an.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der **Bevollmächtigten**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der **Bevollmächtigten**

### **Anmerkung:**

**Der Sinn dieser Vollmacht/Vorsorgevollmacht soll es sein, im Falle von Krankheiten, Gebrechlichkeit bzw. Geschäftsunfähigkeit der Vollmachgeberin/des Vollmachtgebers durch eine vorher erteilte privatrechtliche Vollmacht eine Betreuung als gesetzliche Vertretung entbehrlich zu machen.**

**Eine solche Vollmacht ist nicht nur im Falle altersbedingter Betreuung sinnvoll, sondern auch bei jüngeren Menschen, die beispielsweise durch einen Unfall in eine Betreuungssituation geraten können.**

**Es können einzelne und/oder mehrere Personen bevollmächtigt werden. Die Erteilung der Vollmacht ist grundsätzlich nach § 167 BGB formfrei. Aus Gründen der Beweissicherheit ist jedoch die Schriftform zu wählen. Außerdem kann die eigenhändige Unterschrift der Vollmachgeberin/des Vollmachtgebers aus den gleichen Gründen beglaubigt werden. Dazu ist eine Beglaubigung durch Dienstsiegel einer Behörde ausreichend.**

**Zum Zeitpunkt der Vollmachterteilung dürfen keine Zweifel an der Geschäftsfähigkeit der Vollmachgeberin/des Vollmachtgebers bestehen. Ihre/seine Geschäftsfähigkeit sollte in irgendeiner Form dokumentiert werden (z.B. durch ein ärztliches/psychiatrisches Attest). Dies kann auch durch notarielle Beurkundung geschehen. Die Notarin/der Notar ist gemäß § 11 I S.1 BeurkG gehalten, durch einen Eindruck von der Geschäftsfähigkeit der Vollmachgeberin/des Vollmachtgebers zu verschaffen.**

**Gegebenenfalls kann die Notarin/der Notar dann auch diesbezüglich als Zeugin/Zeuge gehört werden. Bei der vorliegenden Vollmacht/Vorsorgevollmacht ist aus rechtlichen Gründen eine notarielle Beurkundung nicht erforderlich.**

**Es gibt Sonderfälle, in denen eine Beurkundung der Vollmacht zwingend erforderlich ist. Die Hauptfälle sind Grundstücksgeschäfte gem. § 313 BGB und Geschäfte über das ganze Vermögen nach § 311 BGB. Soll die Bevollmächtigte/der Bevollmächtigte zu solchen Geschäften ermächtigt werden, muss die Vollmacht nach § 128 BGB notariell beurkundet werden.**

**Es empfiehlt sich, in gegebenen Abständen zu überprüfen, ob zu der bevollmächtigten Person/den bevollmächtigten Personen noch ein Vertrauensverhältnis besteht; die Vollmacht sollte gegebenenfalls, wenn sich an dem Vertrauensverhältnis etwas negativ verändert hat, widerrufen bzw. abgeändert werden.**

**Die Vollmacht/der Vollmachtgeber kann auch durch weitere Vollmachten ergänzt werden, z.B.:**

- durch eine Patientinnenverfügung/Patientenverfügung zur Frage, ob und in welchen Fällen lebensverlängernde Maßnahmen getroffen werden sollen;**
- Organspende, zur Frage, wann und in welchem Fall Bereitschaft besteht, Organe zu spenden.**

**Die Auswahl des Bevollmächtigten sollte mit großer Aufmerksamkeit erfolgen. Insbesondere bei Vollmachten sollten nur Personen, zu denen ein großes Vertrauen besteht, ausgewählt werden. Denn ein Missbrauch einer Vollmacht ist, auch wenn dies strafbar ist, nie auszuschließen.**