



 **ASKLEPIOS**
Klinik Schaufling

Notfallmappe

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____



Vorwort

Sehr geehrte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden,

oft verändert ein Unfall oder eine Krankheit das ganze Leben. In dieser Situation taucht häufig eine Frage auf, ob die Betroffenen alles für sich selbst und gegenüber den Angehörigen geregelt haben.

Wer klug ist sorgt vor – so sagt der Volksmund. Deshalb sollten Sie in jeder Lebenslage sicher sein können, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird: mit klaren Handlungsanweisungen und allen nötigen Informationen.

Auf folgenden Seiten finden Sie wichtige Adressen und Telefonnummern für den Notfall. Eingehftet sind aber auch Vordrucke, auf denen Sie Ihren Hausarzt oder einen ambulanten Pflegedienst, sowie regelmäßige Medikamente, Allergien oder Versicherungsdaten eintragen können.

Machen Sie von diesem Angebot Gebrauch. Erneuern Sie regelmäßig die Einträge und bewahren Sie diese Mappe leicht erreichbar, etwa bei Ihrem Telefonbuch oder Ihren Versicherungsunterlagen, auf und weisen Sie Ihre nächsten Angehörigen auf diese Mappe hin. Gut vorgesorgt zu haben, gibt ein Gefühl der Sicherheit in allen Lebenslagen. Weisen Sie auch Freunde, Nachbarn und Bekannte auf die Möglichkeit einer Notfallmappe hin, die nicht nur für ältere Mitmenschen, sondern auch für jüngere Sinn macht.

Ich hoffe diese Notfallmappe gibt Ihnen das Gefühl, einige wichtige Dinge besser geregelt zu haben und ich wünsche Ihnen, dass Sie gesund bleiben und Ihre persönliche Notfallmappe noch viele Jahre nicht zum Einsatz kommt.

Im Folgenden wurde zur Vereinfachung die männliche Form verwendet, bezieht aber alle Geschlechter gleichermaßen mit ein.

Mit freundlichen Grüßen

Marcus Harig
Geschäftsführer

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Informationen	Seite 1 – 8
Vorsorgevollmacht – Betreuungsverfügung	Seite 9 – 15
Patientenverfügung	Seite 17 – 29
Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung	Seite 31 – 36

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Blutgruppe: _____

Im Notfall zu benachrichtigen

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Wichtige Rufnummern

Ärztlicher Notdienst: _____

Feuerwehr / Rettungsdienst: _____

Sanitäts-/ Rettungswagen: _____

Polizei, Überfall: _____

Ambulanter Pflegedienst: _____

Pfarramt: _____

Hausarzt

Name des Arztes: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Medikamente

Name des Medikaments	Einnahmezeit		

Blutgerinnende Medikamente:

Nachweis von Impfungen

Impfbuch vorhanden ja nein

Anmerkungen:

Vorbereitende Maßnahmen für eine Krankenhauseinweisung

- ✓ Bei Anforderung des Krankentransportes eine genaue Beschreibung de
Anfahrtsweges geben
- ✓ Bei bettlägerigen Patienten möglichst den Zugang zum Krankenbett
freimachen
- ✓ Ärztliche Transport- und Krankenhauseinweisung
- ✓ Krankenversichertenkarte
- ✓ Toilettenartikel
- ✓ Nachtwäsche, Leibwäsche, Morgenmantel, Hausschuhe
- ✓ Gegebenenfalls Brille, Hörgerät, Prothese, Gehhilfe
- ✓ Einzunehmende Medikamente
- ✓ Personalausweis
- ✓ Geld
- ✓ Anschrift und Telefonnummer der nächsten Angehörigen
- ✓ Haus-/ oder Wohnungsschlüssel
- ✓ Gegebenenfalls Pflegedienst benachrichtigen
- ✓ Nachbarn informieren (Post, Blumen, etc.)

Vorsorgevollmacht – Betreuungsverfügung

Wichtige Hinweise:

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht oder Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen und zwar durch eine Betreuungsverfügung.

Zumindest empfiehlt es sich, Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers zu tätigen (oder festzulegen, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll).

Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.

Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche oder Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat.

Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahezubringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.

Vollmacht

Ich,

(Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, Email

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, Email

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. ja nein

- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mir 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 Absatz 1 und 2 BGB). ja nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. ja nein

- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie

 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB) ja nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) ja nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§1906a Absatz 1 BGB) ja nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§1906a Absatz 4 BGB) ja nein

entscheiden.

- _____

- _____

- _____

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. ja nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ja nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. ja nein
- _____

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. ja nein
- _____

4. Vermögensfürsorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich. ja nein
- Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen. **(bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)** ja nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen. ja nein
- Verbindlichkeiten eingehen. **(bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)** ja nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. **(bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2)** ja nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. ja nein

• _____

Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

• _____

• _____

Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ja nein

6. Vertretung vor Gericht

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

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen. ja nein

8. Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. ja nein

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus. ja nein

10. Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Bitte beachten Sie:

Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen eine individuelle Gestaltung der Vollmacht nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen. Dies bedingt aber auch, dass **Sie sich jeweils für „Ja“ oder „Nein“** entscheiden. Lassen Sie etwa eine Zeile unangekreuzt oder füllen versehentlich beide Kästchen aus, ist die Vollmacht in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und ungültig.

Wollen Sie jeden Zweifel vermeiden, können Sie jeden Absatz mit Ihrer Unterschrift versehen.

Wollen Sie in die vorgesehenen Leerzeilen nichts eintragen, so sollten Sie mit Füllstrichen den möglichen Vorwurf nachträglicher Veränderungen entkräften. Bitte verwenden Sie Sorgfalt auf was Ausfüllen!

Die Unterschrift des Bevollmächtigten ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der Vollmacht. Die dafür vorgesehene Zeile soll nur daran erinnern, dass die frühzeitige Einbindung Ihrer Vertrauensperson höchst sinnvoll ist.

Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie unbedingt den Rat eines Rechtsanwalts oder Notars suchen oder Hilfe eines Betreuungsvereins in Anspruch nehmen.

Noch zwei wichtige Hinweise zur Vollmacht:

Eine Vollmacht, die zur Vertretung in Vermögensangelegenheiten befugt, darf keine Zweifel am Eintritt ihrer Wirksamkeit zulassen.

Schreiben Sie deshalb keinesfalls:

„Für den Fall, dass ich selbst einmal nicht mehr handeln kann, soll an meiner Stelle...“ o.Ä. Damit bliebe nämlich für den Rechtsverkehr ungeklärt, ob diese Voraussetzung wirklich eingetreten ist.

Es ist auch unzweckmäßig, die Gültigkeit der Vollmacht etwa von ärztlichen Zeugnissen über Ihren Gesundheitszustand abhängig zu machen.

Eine Vollmacht zur Vorsorge ist nur dann uneingeschränkt brauchbar, wenn sie an keine Bedingungen geknüpft ist.

Wollen Sie die Person Ihres Vertrauens mit der Wahrnehmung Ihrer Bankangelegenheiten bevollmächtigen, ist es ratsam, diese Vollmacht gesondert auf dem von den Banken angebotenen Vordruck

„Konto-/Depotvollmacht“ zu erteilen. Zu Ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie die Vollmacht in Ihrer Bank in Anwesenheit eines Bankmitarbeiters erteilen. Ihr Kreditinstitut wird Sie sicherlich gerne beraten.

Hinweis zur Patientenverfügung

Es ist empfehlenswert, eine Patientenverfügung mit Ihrem Hausarzt oder einem anderen Arzt Ihres Vertrauens zu besprechen.

Wenn Sie sich aber entschließen, Ihre Verfügung ohne Beratung niederzulegen, lesen Sie bitte den vorgeschlagenen Text sorgfältig durch. Beschäftigen Sie sich auch mit den medizinischen Erläuterungen hierzu.

Die vorgeschlagene Patientenverfügung soll Ihnen Anlass geben, sich mit den entsprechenden Fragen gründlich auseinander zu setzen. Deshalb sind die Ankreuzfelder für Ihre Entscheidungen vorgesehen.

Sie sollten auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichten, sondern möglichst konkret beschreiben, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll und welche Behandlungswünsche Sie in diesen Situationen haben.

Patientenverfügung

Ich,

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

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr selbst bilden oder verständlich äußern kann Folgendes. 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.

1. 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 aller Wahrscheinlichkeit 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 Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu empfinden erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist¹.

Orientiert an der Broschüre Patientenverfügung – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Stand: August 2019

¹ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

- 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 nehmen².

- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

2. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.³

Orientiert an der Broschüre Patientenverfügung – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Stand: August 2019

² Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

³ Die Äußerung, "keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

2.2 Schmerz- und Symptombehandlung⁴

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

2.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr⁵

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation⁶ zur Beschwerdelinderung erfolgen.

oder

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

Orientiert an der Broschüre Patientenverfügung – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Stand: August 2019

⁴ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

⁵ Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php).

⁶ Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

2.4 Wiederbelebung⁷

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Versuche der Wiederbelebung.

oder

die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

2.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

⁷ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

2.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

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

2.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation⁶ zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Antibiotika.

2.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation⁶ zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

3. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:

Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

hospizlichen Beistand.

4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

5. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder 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 Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- anderer Person: _____
- 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 anderen 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. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- anderer Person: _____

6. Hinweise auf weitere Verfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

7. Hinweise auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte: _____

8. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu⁸ (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)⁹
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

9. Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.¹⁰

Orientiert an der Broschüre Patientenverfügung – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Stand: August 2019

⁸ Die Informationsbroschüren „Antworten und wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 51101 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: order@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

⁹ Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter www.bundesarztekkammer.de/downloads/arbeitspapier_patientenverfuegung_organspende_18012013.pdf. Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

¹⁰ Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

10. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

11. Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei / durch

und beraten lassen durch

12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

(Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.)

13. Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

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

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung

Menschen, die nicht selbst für sich entscheiden können, bekommen einen rechtlichen Betreuer. Dies kann zum Beispiel notwendig sein, wenn man eine psychische oder geistige Behinderung hat. Der Betreuer entscheidet dann für den Betreuten.

Eine Betreuung können Sie für sich selbst beantragen. Oder Sie regen sie für eine andere Person an, zum Beispiel für einen Familien-Angehörigen. Den Antrag können Sie schriftlich oder mündlich beim Betreuungsgericht stellen.

Hat das Betreuungsgericht so einen Antrag bekommen, prüft es, ob eine Betreuung notwendig ist. Wenn tatsächlich eine Betreuung notwendig ist, bestimmt das Gericht einen Betreuer. Außerdem legt es fest, für welche Bereiche eine Betreuung stattfinden soll.

Wenn die betreute Person damit nicht einverstanden ist, kann sie Beschwerde dagegen einlegen. Das Gericht muss diese Beschwerde prüfen.

Anregung zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung

Absender:

Name: _____

Straße: _____ Ort, Datum

PLZ/Ort: _____ Telefon/Fax: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail: _____

Amtsgericht _____

- Betreuungsabteilung –

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Anregung zur Einrichtung einer rechtlichen Betreuung

Bestellung eines vorläufigen Betreuers/einer vorläufigen Betreuerin.

Ich rege an, gemäß § 1896 Abs.1 BGB einen Betreuer zu bestellen für:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort)

(Geburtsname, Familienstand)

(genaue Anschrift)

(derzeitiger Aufenthalt)

(Telefon, Fax, Email-Anschrift)

Der **Aufgabenkreis** des Betreuers soll umfassen:

- die Gesundheitsorge
- die Aufenthaltsbestimmung
- die Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
- die Entscheidung über die geschlossene Unterbringung
- die Vermögenssorge
- die Wohnungsangelegenheiten
- die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post
- Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Sozialversicherungsträgern und Dritten
- _____
- _____

Für das Amt des Betreuers schlage ich vor:

den/die Antragssteller/in

(Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift, Telefon, persönlicher Bezug zu der betroffenen Person)

Die vorgeschlagene Person ist über den Vorschlag informiert und damit einverstanden.

Die Auswahl des Betreuers wird dem Gericht überlassen.

Es besteht ein Bedürfnis dafür, die genannten Angelegenheiten einem Betreuer zu übertragen, da d. Betroffene diese nicht (mehr) selbst besorgen kann wegen:

Bewegungsunfähigkeit

Verwirrtheitszuständen

sonstiger körperlicher/geistiger Behinderung

Persönlichkeitsveränderung, z.B. _____

Auffälligkeiten im Umgang mit Vermögen, z.B. _____

Die Hausärztin/der Hausarzt ist meines Wissens:

Ein ärztliches Gutachten

soll vom Gericht eingeholt werden.

liegt dem Antrag bei.

werde ich nachreichen.

Die nächsten Angehörigen sind: (jeweils mit genauer Anschrift und Telefonnummer)

Ehepartner: _____

Eltern: _____

Kinder: _____

(mit Geburtsdatum und Altersangabe)

Geschwister: _____

(Angaben nur dann erforderlich, wenn kein Ehepartner oder Kinder vorhanden)

Die genannten Angehörigen sind mit einer Betreuung und der Person des vorgeschlagenen Betreuers einverstanden.

mit Ausnahme von _____

D. Betroffene

- hat keine Kenntnis von dieser Anregung.
 hat Kenntnis von dieser Anregung und ihr zugestimmt.
 hat Kenntnis von dieser Anregung und ihr nicht zugestimmt.
 kann sich zu dieser Anregung nicht äußern.

Eine Verständigung mit d. Betroffenen

- ist möglich.
 ist bedingt möglich.
 ist nicht möglich.

Die Angelegenheit ist **eilbedürftig**, weil

die Verlegung d. Betroffenen in ein Alten- und Pflegeheim geprüft und ggfls. organisiert werden muss.

über die Durchführung ärztlicher Maßnahmen, insbesondere

_____ entschieden werden muss.

Soweit mir bekannt ist, bestehen folgende Vollmachten:

- Bankvollmacht
 Altersvorsorgevollmacht
 Betreuungsverfügung

 Diese sind dem Antrag beigelegt.

D. Betroffene kann zur Anhörung bei Gericht

- kommen.
 nicht kommen.

Ein Anhörungstermin und/oder Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch:

(Datum, Unterschrift)