

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Betreuungsverfügung

Erläuterungen Formulare

herausgegeben vom
Seniorenbeirat der Stadt Celle
Altes Rathaus, Markt 14, 29221 Celle
Tel.: 05141/12 8922
Seniorenbeirat@celle.de
Sprechstunde: jeden Mittwoch 10-12 Uhr
www.celle.de/seniorenbeirat

Senioren in Celle



Aktiv im Alter

Seniorenbeirat
der Stadt Celle

Die Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchten, wenn Sie selbst Ihren Willen nicht mehr (wirksam) erklären können. In der Verfügung legen Sie als volljährige Person für den Fall Ihrer Einwilligungsunfähigkeit schriftlich fest, dass Sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen Ihres Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen oder diese untersagen. Sie können diese Verfügung jederzeit widerrufen, auch formlos oder mündlich. Solange eine wirksame Patientenverfügung vorliegt, gilt der darin schriftlich niedergelegte Wille unmittelbar und ist für Ärzte, Pflegekräfte und andere Beteiligte bindend, unabhängig vom Stadium Ihrer Erkrankung.

Vor Abfassung einer Patientenverfügung sollten Sie sich möglichst umfassend informieren und fachkundig beraten lassen, z.B. auch vom Hausarzt. Entscheiden Sie sich für eine Patientenverfügung, ist unbedingt zu empfehlen, daneben auch eine *Vorsorgevollmacht* zu erteilen, die zumindest Gesundheitsangelegenheiten erfasst. Denn Ihr Wille muss umgesetzt bzw. die Umsetzung überwacht werden! In Hinblick auf die Vorsorgevollmacht hat der Gesetzgeber zum 01.01.2023 den §1358 im Bürgerlichen Gesetzbuch aufgenommen. Demnach haben Ehegatten und Lebenspartner nunmehr die Möglichkeit der gegenseitigen Vertretung auf Zeit, im Rahmen der Gesundheitspflege.

Es empfiehlt sich, eine Ablichtung der Patientenverfügung der zu Ihrer Vertretung berufenen Person oder einer sonstigen Person des Vertrauens zu übergeben und außerdem einen „*Ausweis Patientenverfügung*“ stets bei sich zu tragen, z.B. in der Geldbörse oder in der Brieftasche (*siehe Muster im Anhang zum Textvorschlag „Patientenverfügung“*).

Die vom Seniorenbeirat der Stadt Celle hier entworfene Patientenverfügung ist ein Vorschlag. Je nach persönlicher Lage können Passagen geändert, gestrichen oder hinzugefügt werden. Empfehlenswert ist insbesondere eine persönliche Auseinandersetzung mit der individuellen Lebenssituation und den eigenen Wünschen und Vorstellungen über Krankheit, Leiden und Sterben.

Die Darstellung Ihrer allgemeinen Wertvorstellungen können Sie Ihrer Patientenverfügung als Anhang beifügen. Vorschlag für eine Patientenverfügung:

Patientenverfügung

Ich,

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

treffe diese Verfügung für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.

I. Die Verfügung soll für folgende Situationen gelten:

- Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist.
- Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittenen Hirnabbauprozess, und indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand möglich, aber unwahrscheinlich ist.

- Wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen.

- **Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden.**

- _____

- _____

- _____

(Raum für die Beschreibung weiterer Anwendungssituationen).

II. Festlegung zu den oben beschriebenen Situationen

1. Lebenserhaltende Maßnahmen

- **Grundsätzlich wünsche ich in den eingangs beschriebenen Situationen die Unterlassung aller lebenserhaltenden Maßnahmen, die den Todeszeitpunkt lediglich hinauszögern und dadurch mein Leben unnötig verlängern würden.**
- **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.**

Unterschrift: _____

2. Schmerz- und Symptombehandlung

- **In den eingangs beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, dürfen mir auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung verabreicht werden. Eine ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.**

Unterschrift: _____

3. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

- **In den eingangs beschriebenen Situationen wünsche ich, unabhängig von der Form der Zuführung, keine künstliche Ernährung und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr. Eine bereits begonnene künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr soll unter ärztlicher Kontrolle reduziert werden bis hin zur vollständigen Einstellung.**

Unterschrift: _____

4. Wiederbelebung

- **In den eingangs beschriebenen Situationen wünsche ich die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.**

Unterschrift: _____

5. Künstliche Beatmung

- **In den eingangs beschriebenen Situationen wünsche ich keine künstliche Beatmung oder die Einstellung einer bereits eingeleiteten Beatmung, vorausgesetzt ich erhalte Medikamente zur Linderung der Luftnot oder zur Unterdrückung des Atemnotreflexes. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung und einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.**

Unterschrift: _____

6. Dialyse

- In den eingangs beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Unterschrift: _____

7. Antibiotika

- In den eingangs beschriebenen Situationen wünsche ich Antibiotika nur zur Beschwerdelinderung, nicht zur Lebensverlängerung.

Unterschrift: _____

8. Blut / Blutbestandteile

- In den eingangs beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Beschwerdelinderung, nicht zur Lebensverlängerung.

Unterschrift: _____

III. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte (nicht zutreffendes bitte streichen)

- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.

oder

- möglichst zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

- möglichst in einem Hospiz betreut werden.

Unterschrift: _____

- In der letzten Lebensphase wünsche ich mir persönlichen Beistand und/oder seelsorgerische Betreuung durch:

(bei Bedarf bitte einfügen)

Unterschrift: _____

IV. Zur Organ- und Gewebespende

- gebe ich die Erklärung ab, dass ich einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ablehne.

Unterschrift: _____

Alternativ:

- Ich habe einen Organspenderausweis 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, geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

Unterschrift: _____

V. Verbindlichkeit, Auslegung und Durchsetzung 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. Die zu meiner Vertretung berufenen Personen sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Ihnen gegenüber entbinde ich die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.
- 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 den zu meiner Vertretung berufenen Personen erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisieren, 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. Sie ist zugleich als Inbegriff meiner Wertvorstellungen zu verstehen.**
- **Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.**

Unterschrift: _____

VI. Weitere Vorsorgeverfügungen

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

Bevollmächtigte(r)

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon/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)

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon/E-Mail: _____

VII. Ärztliche Aufklärung

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

Unterschrift: _____

VIII. Beratung

Ich habe mich vor Ausstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch:

IX. Unterschrift

Die vorstehende Patientenverfügung habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ohne äußeren Druck nach gründlicher Überlegung selbstbestimmt und im Bewusstsein der hieraus folgenden Konsequenzen ausgestellt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Inhalt der Verfügung meinem aktuellen Willen entspricht.

Sie gilt solange, bis ich sie widerrufe.

(Ort/Datum)

(Unterschrift/Vor- und Zuname)

Bitte ausschneiden und stets bei sich tragen (z.B. im Portemonnaie):

Ausweis-Patientenverfügung

Ich,
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Ort)

habe eine **Patientenverfügung** errichtet.
Falls ich bewusstlos bin, benachrichtigen
Sie bitte:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Ort)

.....
(Telefon)

Ausweis-Patientenverfügung

Ich,
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Ort)

habe eine **Patientenverfügung** errichtet.
Falls ich bewusstlos bin, benachrichtigen
Sie bitte:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Ort)

.....
(Telefon)

Ausweis-Patientenverfügung

Ich,
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Ort)

habe eine **Patientenverfügung** errichtet.
Falls ich bewusstlos bin, benachrichtigen
Sie bitte:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Ort)

.....
(Telefon)

Ausweis-Patientenverfügung

Ich,
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Ort)

habe eine **Patientenverfügung** errichtet.
Falls ich bewusstlos bin, benachrichtigen
Sie bitte:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Ort)

.....
(Telefon)

Vorsorgevollmacht und/ oder Betreuungsverfügung

Mit einer **Vorsorgevollmacht** können Sie eine Person oder auch mehrere Personen Ihres Vertrauens beauftragen, Ihre Angelegenheiten für Sie zu regeln, wenn Sie dies selbst nicht mehr tun können. Auf diesem Wege können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse einbringen oder auch konkrete Anweisungen geben, wie Sie bestimmte Angelegenheiten im Einzelnen geregelt haben wollen. Mit einer Vorsorgevollmacht kann und soll insbesondere die gerichtliche Anordnung einer rechtlichen Betreuung vermieden werden. Grundsätzlich kann gesagt werden: Haben Sie eine Person oder auch mehrere Personen, die Ihr besonderes Vertrauen genießen, ist der Erteilung einer Vorsorgevollmacht aus vielerlei Gründen der Vorzug zu geben.

Die Festlegung einer **Betreuungsverfügung** empfiehlt sich vor allem dann, wenn Sie niemanden haben, dem Sie eine (Vorsorge-) Vollmacht anvertrauen wollen. Denn dann liegt es nahe, dass „im Ernstfall“ die gerichtliche Bestellung einer rechtlichen Betreuerin oder eines rechtlichen Betreuers notwendig wird. Auf die Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers und auch auf deren bzw. dessen späteres Handeln für Sie können Sie schon in „guten Zeiten“ mit einer Betreuungsverfügung Einfluss nehmen. Darin können Sie beispielsweise festhalten, welche Wünsche und Gewohnheiten von der Betreuerin oder dem Betreuer respektiert werden sollen. Zum Beispiel können Sie aber auch schon im Vollbesitz Ihrer körperlichen und geistigen Kräfte festlegen, ob Sie im Pflegefall zu Hause oder in einem Pflegeheim versorgt werden wollen und ob Sie eine bestimmte Einrichtung bevorzugen.

Eine Betreuungsverfügung kann im Übrigen auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden (s. dazu Punkt 9 des Vorschlages „Vorsorgevollmacht“). Sinnvoll ist das für den Fall, dass die Vollmacht eine bestimmte Geschäftsbesorgung nicht abdeckt. Hilfreich ist die Kombination aber auch für den Fall, dass sich die Vollmacht ganz oder teilweise als unwirksam erweist.

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung sind nicht an eine bestimmte Form gebunden, sollten aber schriftlich abgefasst werden. Sie können jederzeit ohne Einhaltung einer Form widerrufen werden.

Wie bei der Patientenverfügung gibt es auch bei der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung eine Vielzahl von Formulierungshilfen. Die nachfolgend vom Seniorenbeirat der Stadt Celle vorgeschlagenen Muster orientieren sich weitestgehend an Entwürfen der Justizministerien des Bundes und der Länder.

VORSORGEVOLLMACHT

Ich,

(Vollmachtgeber/in) Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Ort

Straße

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit **Vollmacht** an:

(bevollmächtigte Person) Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Ort

Straße

Telefon, Telefax, E-Mail

Bei **Verhinderung** der vorgenannten Person geht die **Vertretungsvollmacht** an:

(ersatzbevollmächtigte Person) Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Ort

Straße

Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson/en wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe.

- Durch diese Vollmachterteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden.
- Die Vollmacht bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden 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. Gesundheitssorge /Pflegebedürftigkeit

- Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.
 Ja // Nein
- Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
 Ja // Nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).
 Ja // Nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.
 Ja // Nein
- Sie darf bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.
 Ja // Nein

- Sie darf auch gegen meinen natürlichen Willen in eine zu meinem Wohle notwendige ärztliche Zwangsmaßnahme und in meine diesbezügliche Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus einwilligen (§ 1906a BGB).

Ja // Nein

Unterschrift: _____

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Ja // Nein

- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

Ja // Nein

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz abschließen und kündigen.

Ja // Nein

Unterschrift: _____

3. Behörden

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

Ja // Nein

Unterschrift: _____

4. Vermögenssorge

- 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,

Ja // Nein

wenn ja namentlich

- 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:

Unterschrift: _____

Hinweis:

1. Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Beurkundung der Vollmacht erforderlich; dies gilt aus praktischen Gründen auch für die Aufnahme von Verbraucherdarlehen.
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.

5. Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden.
Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja // Nein

Unterschrift: _____

6. Vertretung vor Gericht

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

Ja // Nein

Unterschrift: _____

7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

Ja // Nein

Unterschrift: _____

8. Geltung über den Tod hinaus

- Diese Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ja // Nein

Unterschrift: _____

9. Betreuungsverfügung

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

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum Unterschrift der/des Ersatzbevollmächtigten

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

- **Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:**

1. _____

2. _____

3. _____

Ort, Datum

Unterschrift

