

PATIENTENVERFÜGUNG

Auch als [PDF](#), [ZIP](#) oder [WORD.EXE](#) erhältlich

PATIENTENVERFÜGUNG

(Formular zur Regelung medizinischer Behandlung im Falle der persönlichen Äußerungsunfähigkeit nach Hans Henningtrott, ehemaliger Director of Board of World-Federation of Right-to-Die-Societies, Dieses Formular wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben verwendet)

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Tel.Nr. _____ Fax _____ E-mail _____

Um ein unwürdiges Dahinvegetieren und qualvolles Leiden im Sterbeprozess zu vermeiden, erkläre ich aus freiem Willen und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte wohl wissend um die Tragweite dieser Entscheidung die folgende

VERFÜGUNG FÜR DEN FALL DES STERBEPROZESSES.

(Verfügung zur Heilbehandlung im Sterbeprozess gem. § 226a StGB, §§ 133 und 1901 Abs.2 BGB)

AUFKLÄRUNG

Sind sich zwei der mich behandelnden Ärzte darin einig, dass ich mich in einem unaufhaltsamen Sterbeprozess befinde oder eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür spricht, so möchte ich sofort darüber voll aufgeklärt werden, auch wenn sie befürchten, dass sich dadurch mein psychischer Zustand verschlechtert:

Ja.....Nein.....

(Nichtzutreffendes durchstreichen)

RICHTLINIEN ZUR THERAPIE IM STERBEPROZESS

Im Falle meiner Äußerungsunfähigkeit verfüge ich folgendes im Voraus:

Passive Sterbehilfe

Ich setze als selbstverständlich voraus, dass mir mein Leben gerettet wird, sofern dies nach menschenmöglichem Ermessen möglich ist und dass man mich sterben lässt, wenn mindestens zwei der mich behandelnden Ärzte zu einer infausten Prognose gelangt sind, d.h. ich mit höchster Wahrscheinlichkeit mich in einem unaufhaltsamen Sterbeprozess befinde. Die Anwendung bzw. Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen und die Therapie interkurrent auftretender Krankheiten, d.h. weitere Krankheiten, die in Folge meiner schweren Erkrankung weiter auftreten sollten, lehne ich in

PATIENTENVERFÜGUNG

jedem Fall dann ab, wenn zwei Ärzte diagnostiziert haben, dass

- ein irreversibler Sterbeprozess eingetreten ist oder
- nur eine geringe Aussicht besteht, dass ich mein Bewusstsein wiedererlange oder
- eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass ich eine schwere Dauerschädigung meines Gehirns davontrage, die mir ein personales Dasein nicht mehr erlaubt oder
- nur eine risikoreiche Operation helfen könnte. *(Unter einer solchen verstehe ich, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ich sterbe, mit mindestens 80 Prozent zu bewerten ist).*

Indirekte Sterbehilfe

Mir sind Schmerzen zu nehmen und/oder im höchstem, dem neusten Stand der Medizin entsprechendem Maße zu lindern, auch wenn dadurch mein Tod früher eintreten sollte.

Diese Bedingungen gelten alternativ und nicht kumulativ, d.h. es ist so zu verfahren, wenn eine dieser Bedingungen eintritt und nicht erst alle zusammen.

Sie binden auch Personen, die stellvertretend für mich handeln soll(t)en, z.B. meinen Betreuer (Stellvertretung); Anwalt oder sonstige - zur Entscheidung über Therapien - bevollmächtigte Personen.

VOLLMACHT (ZU MEINER STELLVERTRETUNG)

Sollte ich außerstande sein, meine Angelegenheiten selbst zu besorgen, so erteile ich nach § 1896 Abs., 2 BGB folgender Person **Vollmacht zur Entscheidung über Heilbehandlungen** im Rahmen o.g. Richtlinien zu treffen:

Herrn/Frau (Vor- und Zuname) _____

geb. am _____

Anschrift _____ **Tel/Fax** _____

E-Mail: _____

Vorstehend genannte Person ist gem. dem Betreuungsgesetz und unter der genannten Bedingung ermächtigt, statt meiner alle Entscheidungen über med. Behandlungen zu treffen und ist deshalb auch voll über meinen Zustand aufzuklären. Sie darf Einblick in die Krankenakte nehmen. *(Falls Sie es wünschen, dass Ihre hier benannte Person auch über die medizinische Therapien hinausgehende Vollmachten besitzen soll, wenn Sie Ihre Angelegenheiten nicht mehr besorgen können, z.B. Kontovollmacht, Fragen der Unterbringung im Pflegefall etc. dann legen Sie dies auf einem Beiblatt handschriftlich nieder und fügen Sie hier wiederum handschriftlich ein: „Siehe Beiblatt“. Das Vormundschaftsgericht ist nach dem Betreuungsgesetz verpflichtet, Ihren Vorschlag zu berücksichtigen, sollte es zur Ernennung eines Betreuers kommen, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen).*

PATIENTENVERFÜGUNG

Sollte meine hier benannte Stellvertretung selbst verhindert sein, so darf sie Untervollmacht erteilen.

(Für Vormundschaftsgerichte:) **BETREUUNGSVERFÜGUNG**

Für den Fall, dass mir gerichtlich ein Betreuer für den Aufgabenkreis der Heilbehandlung bestellt werden sollte, schlage ich gem. § 1897 Abs. 4 BGB hierfür die vorstehend genannte Stellvertretung vor. Meine Wünsche zur Betreuung (§ 1901 Abs. 2 BGB) sind in meiner Patientenverfügung niedergelegt. Sollte die von mir mit der Stellvertretung beauftragte Person vom Gericht in einem Ausnahmefall nicht zum Betreuer ernannt werden, dann gilt auch für die gerichtlich ernannte Betreuungsperson die von mir getroffene Patientenverfügung. Sie wäre in diesem Falle vom Gericht ausdrücklich darauf hinzuweisen. Sofern der/die Betreuer(in) über med. Therapien hinausgehende Vollmachten haben soll, sind diese in einem Beiblatt vermerkt. Ist ein Beiblatt nicht vorhanden, dann wird einer über medizinische Behandlung hinausgehende Betreuung ausdrücklich widersprochen.

HINTERLEGUNG

Ich habe meinen Patientenschutzbrief hinterlegt (Zutreffendes unterstreichen und/oder ausfüllen):

beim Amtsgericht/Vormundschaftsgericht

in _____

(Hinterlegung ist den o.g. Gerichten in vielen Bundesländern, z.B. in Bayern möglich. Schicken Sie einfach diesen Brief an Ihr Vormundschaftsgericht. Sie erhalten dann Auskunft, ob eine Hinterlegung erfolgt ist oder an Ihrem Heimatort nicht möglich ist. In Baden-Württemberg sind Notare für die Hinterlegung zuständig).

bei meinem/meiner Stellvertreter(in) (Anschrift):

bei meinem Hausarzt:

weitere Hinterlegung bei: (hier einfügen)

PROZESSVOLLMACHT

Meine Stellvertretung und/oder meine Angehörigen sind bevollmächtigt bei Verdacht auf Zuwiderhandlungen gegen die hier getroffenen Verfügungen, die ihnen zweckmäßig erscheinenden straf- und zivilrechtlichen Schritte zu unternehmen. Ich widerspreche ausdrücklich der Erstattung von Kosten für Heilbehandlungen, die gegen meinen Willen erfolg(t)en. Die Krankenkasse ist über eine solche Behandlung (Geschäftsführung) ohne Auftrag und Therapie (Körperverletzung) ohne Einwilligung entsprechend zu informieren. Diese über meinen Tod hinausreichende Vollmacht schließt die Einsichtnahme in meine Krankendokumente sowohl für meine Stellvertretung (Betreuungsperson) sowie für meine Krankenkasse ein. Ärzte und Pflegepersonal sind bei Verdacht von Tätigkeiten und/oder Unterlassungen gegen die hier getroffene Verfügung von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum, Unterschrift (des/der Erklärenden)

(Hier unterschreiben)

Verwenden Sie mehrere Exemplare dieser Erklärung zur Hinterlegung bei Verwandten, Bekannten, Hausarzt, Gerichten und/oder der von Ihnen vorgesehenen Stellvertretung für den Fall, dass Sie sich nicht mehr äußern können. Diese Verfügungen können in beliebiger Anzahl genutzt werden, sofern damit keine Geschäfte, z.B. Verkauf, Mitgliedwerbung etc. damit verfolgt werden. Jedoch können Rechtsanwälte diese kostenfrei für Klienten verwenden. Patientenverfügungen (erstmalig 1981 in Deutschland veröffentlicht) und Patientenschutzbriefe (innoviert 1991) sind sowohl als solche Begriffe wie in ihrem Inhalt Innovationen von Hans Henning Atrott. **Versorgevollmachten, die Bestandteil dieser Patientenverfügung sind, können zentral bei der Bundesnotarkammer, Moorenstr. 34, 10117 Berlin, Telefon 030/3838660 oder 01805355050 registriert werden. Diese Registratur ist zu Ihrer Sicherheit empfehlenswert.**