



Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht  
mit Betreuungsverfügung

Hospizverein Würzburg e.V., Neutorstraße 9, 97070 Würzburg

Telefon: 0931 / 5 33 44

[www.hospizverein-wuerzburg.de](http://www.hospizverein-wuerzburg.de)

E-Mail: [info@hospizverein-wuerzburg.de](mailto:info@hospizverein-wuerzburg.de)

## **Wichtige Hinweise**

Jede volljährige Person, die im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte ist, hat das Recht eine Patientenverfügung zu erstellen.

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Willenserklärung die zum Ausdruck bringt, welche ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen Sie wünschen, wenn Sie aufgrund von Unfall oder Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, Ihren Willen selbst zu äußern und zu vertreten. In diesen Fällen ist die Patientenverfügung für Ärzt\*innen, Pflegepersonal, Angehörige und die Vertrauensperson eine wichtige Entscheidungshilfe, Ihren Wünschen entsprechend zu handeln.

Es ist sinnvoll und hilfreich, wenn Sie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung und Ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und aufschreiben.

Wenn Sie Organspender\*in sind, kann es möglich sein, dass bei sich abzeichnendem Hirntod für die Organspende ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden müssen, die Sie in der Patientenverfügung ausgeschlossen haben. Dann müssen Sie erklären, ob die Bereitschaft zur Organspende vorgeht oder die Bestimmungen in der Patientenverfügung Vorrang haben sollen (siehe: Anlage zur Patientenverfügung für Organspender).

Sehr sinnvoll und wichtig ist es, dass Sie einer Person Ihres Vertrauens eine Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung erteilen. Denn nur wer schriftlich bevollmächtigt ist, hat auch das Recht Ihre Patientenverfügung gegenüber Ärzt\*innen und Ge-

richten zu vertreten. Nach geltender Rechtslage haben nur Eltern gegenüber ihren minderjährigen Kindern ein umfassendes Sorgerecht und damit die Befugnis zur Entscheidung und Vertretung in allen Angelegenheiten. Für einen Volljährigen hingegen können Personen nur in zwei Fällen entscheiden oder Erklärungen abgeben: Entweder aufgrund einer rechtsgeschäftlichen Vollmacht oder wenn sie gerichtlich bestellte Betreuer\*innen sind.

Das vorliegende Formular ist ein Vorschlag gemäß den Grundsätzen der Bundesärztekammer sowie den Leitlinien der Hospizidee, denen sich der Hospizverein Würzburg verpflichtet fühlt. Es entspricht den gesetzlichen Vorgaben vom 1. September 2009 und steht im Einklang mit der jüngsten Rechtsprechung des BGH vom 6. Juli 2016. Die Patientenverfügung ist für Ärzt\*innen rechtsverbindlich (Patientenverfügungen können bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe ggf. auch bei Gericht durchgesetzt werden). Wenn der Inhalt Ihren Vorstellungen entspricht, genügt es, das Formular an den vorgesehenen Stellen zu unterschreiben. Zusätzlich kann der Text bei Bedarf jederzeit individuell abgeändert bzw. ergänzt werden. Eine notarielle Beurkundung der Patientenverfügung ist unnötig und ändert nichts an der Rechtsverbindlichkeit.

Sie können die Vollmacht ebenso wie eine Betreuungsverfügung gebührenpflichtig beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen. (Bundesnotarkammer, - Zentrales Vorsorgeregister -, Postfach 080151, 10001 Berlin; [www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de))

Wenden Sie sich rechtzeitig an einen Menschen Ihres Vertrauens und bitten Sie ihn um die Bereitschaft, im Sinne Ihrer Pati-

entenverfügung als schriftlich bevollmächtigte Vertrauensperson tätig zu werden.

Besprechen Sie Ihre Patientenverfügung, auch hinsichtlich Ihrer Wertvorstellungen zu Leben und Tod, ausführlich mit Ihrer bevollmächtigten Vertrauensperson, mit Ihren Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen sowie mit dem/der Arzt\*in Ihres Vertrauens.

Überprüfen Sie von Zeit zu Zeit, ob diese Patientenverfügung noch Ihrer Überzeugung entspricht. Sie haben das Recht, jederzeit Ihre Patientenverfügung zu ändern oder wenn nötig zu annullieren. Vergessen Sie nicht die jährliche Erneuerung per Unterschrift (nicht vorgeschrieben, aber sehr empfehlenswert).

Ein unterschriebenes Exemplar sollten Sie gut auffindbar bei Ihren persönlichen Papieren aufbewahren. Die unterschriebene Zweitschrift sollten Sie bei Ihrer\*m Bevollmächtigten oder bei einer anderen Person Ihres Vertrauens hinterlegen mit der Bitte, sie den behandelnden Ärzt\*innen im Bedarfsfall auszuhandigen.

Beiliegende Karte bitte ausfüllen, ausschneiden und zu den Ausweispapieren geben. Denn nur wer weiß, dass Sie eine Patientenverfügung haben, kann sie auch berücksichtigen.

# Patientenverfügung

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erkläre ich

Vorname, Name .....

Geburtsdatum .....

Anschrift.....

Ich wünsche mir einen möglichst friedvollen Tod, der Würde meines Menschseins angemessen.

Wenn ich nicht in der Lage bin, eine bewusste Entscheidung über meine ärztliche Behandlung zu fällen und meinen Willen klar und eindeutig zu äußern, soll folgendes gelten:

Eine aktive Sterbehilfe, d.h. Maßnahmen zur beabsichtigten und gezielten Beendigung meines Lebens, lehne ich ab.

Medizinische Maßnahmen, mein Leben zu verlängern, sollen nur dann eingeleitet werden, wenn berechtigte Aussicht besteht, wieder ein bewusstes und umweltbezogenes Leben – wenn auch mit Einschränkungen – zu führen, und mein Leben nicht auf das Funktionieren meiner Organe reduziert bleibt.

**Ich wünsche die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern, wenn**

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch 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 Ärzt\*innen 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 mit Sicherheit auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist (z.B. Wachkoma),

- ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankungen) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,
- ich mich in akutstationärer Behandlung befinde. Nach einer kurzen Maximaltherapiephase (z.B. wenige Tage) wünsche ich die Abstimmung mit meinem/r Vertreter\*in bezüglich einer prognoseabhängigen Begrenzung der lebenserhaltenden Therapie.

### **In den genannten Situationen verlange ich weiterhin**

- keine Wiederbelebungsmaßnahmen
- keine künstliche Ernährung (z.B. Magensonde) / verminderte Flüssigkeitszufuhr (außer aus palliativmedizinischen Gründen)
- keine Antibiotika (außer aus palliativmedizinischen Gründen)
- keine Transfusion von Blut oder Blutbestandteilen (außer aus palliativmedizinischen Gründen)
- keine künstliche Niere (Dialyse) (außer aus palliativmedizinischen Gründen)

- keine diagnostischen Verfahren ohne therapeutische Konsequenzen

**In den genannten Situationen erwarte ich,**

- dass alles geschieht, um meine Schmerzen und andere belastende Symptome zu lindern, wie Luftnot, Unruhe, Angst, Erbrechen und Durst. Das Risiko einer dadurch verkürzten Lebenszeit nehme ich in Kauf.
- dass angemessene pflegerische Maßnahmen, z.B. Körperpflege und Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls durchgeführt werden.
- dass ich, wenn möglich, in vertrauter Umgebung sterben kann. Dazu erbitte ich den Beistand von Menschen, die mir nahestehen, gegebenenfalls Begleitung durch Hospizdienste oder andere.

Mir ist bewusst, dass es keine absolut sicheren Voraussagen über einen Krankheitsverlauf geben kann. Ich erwarte, dass die Ärzt\*innen meinen Willen respektieren und nach bestem Wissen und Gewissen handeln. Sollten sie sich dennoch irren, so ist dies mein Risiko und ich stelle sie – soweit dies in meinen Möglichkeiten liegt – von juristischen und anderen Folgen eines solchen Irrtums frei.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und nach meinen persönlichen Wertvorstellungen erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder mündlich) widerrufen habe.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

## **Persönliche Ergänzungen zur Patientenverfügung**

(z.B. Erweiterung der Reichweite, meine Wertvorstellungen zu Leben und Tod, bekannte gesundheitliche Risiken, ...)

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

## **Anlage zur Patientenverfügung für Organspender**

Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt, im dem ich meine Bereitschaft zur Organspende und Gewebespende erklärt habe.

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

Folgende Zeug\*innen können bestätigen, dass ich diese Verfügung mit ihnen besprochen und im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte freiwillig und unbeeinflusst abgegeben habe.

.....  
Vorname, Name

.....  
Anschrift

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

.....  
Vorname, Name

.....  
Anschrift

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

Über die Tragweite der vorstehenden Patientenverfügung habe ich auch mit der Ärztin, dem Arzt meines Vertrauens gesprochen.

.....  
Name

Bestätigung der Ärztin, des Arztes

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

Die vorstehende Verfügung entspricht auch heute noch meinem Willen. Ich bekräftige sie hiermit:

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung jährlich durch Unterschrift neu zu bestätigen.

# Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung

*Die Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung betreffen ausschließlich den Gesundheitsbereich. Darüber hinaus gehende Regelungen für private, geschäftliche und finanzielle Angelegenheiten werden hierdurch nicht getroffen.*

## Ich

Vorname, Name .....

Anschrift .....

.....Geburtsdatum .....

## erteile hiermit Vollmacht an meine Vertrauensperson

Vorname, Name .....

Anschrift.....

.....Geburtsdatum.....

Telefon .....

## Die bevollmächtigte Person

- kennt meine Einstellung zu Leben und Tod und ist mit meinem Willen vertraut. Sie soll jederzeit Zutritt zu mir haben.
- soll an meiner Stelle mit den behandelnden Ärzt\*innen alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung absprechen und treffen. Dabei muss meine Patientenverfügung beachtet werden.
- darf die Krankenunterlagen einsehen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzt\*innen und deren nicht-ärztliche Mitarbeiter\*innen gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

- darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs.1 BGB).
- darf einwilligen in ärztliche Maßnahmen, die meinem natürlichen Willen widersprechen (ärztliche Zwangsmaßnahmen, §1906 BGB)<sup>1</sup>.
- darf insbesondere die Einwilligung in jegliche Maßnahme zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn ich an der ~~der~~ Nichtvornahme der Maßnahme sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs.2 BGB).
- darf einwilligen in die Beendigung oder Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen.
- darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Anbringen von Bauchgurten, Bettgittern, Medikamentengabe u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung entscheiden, solange dies zu meinem Wohl erforderlich ist (§ 1906 Abs.4 BGB)<sup>1</sup>.
- darf über meinen Aufenthaltsort bestimmen, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen oder zu meiner Sicherheit erforderlich ist.

Diese Erklärung ist gültig mit dem heutigen Tag. Sie ist von mir jederzeit widerrufbar. Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung (rechtliche Betreuung) erforderlich sein, ist die oben bezeichnete bevollmächtigte Vertrauensperson als Betreuer\*in zu bestellen.

.....  
 Ort, Datum, Unterschrift:

---

<sup>1</sup> In diesen Fällen hat der/die Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes einzuholen (§ 1906 Abs.2 und 5 BGB)

# Ersatzbevollmächtigung

Sollte die in der Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung genannte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, bevollmächtige ich an deren Stelle:

Vorname, Name .....

Anschrift .....

.....Geburtsdatum.....

Telefon .....

Diese Erklärung ist gültig mit dem heutigen Tag. Sie ist von mir jederzeit widerrufbar.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift:

# Unterschrift der bevollmächtigten und ersatzbevollmächtigten Personen

Ich kenne den Inhalt der Verfügung und bin bereit, die Bevollmächtigung und Betreuung anzunehmen.

Vorname, Name .....

Anschrift .....

.....Geburtsdatum.....

.....  
Ort, Datum, Unterschrift:

Ich kenne den Inhalt der Verfügung und bin bereit, die Ersatzbevollmächtigung und –betreuung anzunehmen.

Vorname, Name .....

Anschrift .....

.....Geburtsdatum.....

.....  
Ort, Datum, Unterschrift:

## Ärztin/Arzt meines Vertrauens:

Vorname, Name .....

Anschrift .....

Telefonnummer .....

© 2024 Hospizverein Würzburg e.V.  
E-Mail: [info@hospiverein-wuerzburg.de](mailto:info@hospiverein-wuerzburg.de)  
Schutzgebühr 1,- €