Hilfe zur Erstellung Ihrer Patientenverfügung

Grundsätzlich darf jeder medizinische Eingriff nur dann durchgeführt werden, wenn Sie dem zustimmen. Können Sie aufgrund einer schweren Krankheit nicht mehr selbst entscheiden, ist es für alle Beteiligten wichtig, Ihren Willen zu kennen und zu wissen, wie Sie in bestimmten Situationen entscheiden würden.

Die Patientenverfügung ist ein Testament über Ihr Leben.

Die Patientenverfügung ist ähnlich dem Testament ein Schriftstück, mit dem Sie Ihren Willen schon im Voraus für später festlegen. Eine solche Verfügung ist immer sinnvoll - vor allem wenn vorhersehbar ist, dass Sie aufgrund einer schweren Krankheit (z.B. Demenz oder ein Tumor) die Fähigkeit zur eigenen Entscheidung verlieren werden. Wenn Sie bereits heute wissen, wie Sie in bestimmten Phasen Ihrer Krankheit behandelt werden möchten, können Sie das in einer Patientenverfügung für alle verbindlich festlegen. Ganz ähnlich wie Sie mit dem Testament über Ihr Vermögen bestimmen, können Sie mit der Patientenverfügung festlegen, welche medizinische Behandlung in welcher Situation ergriffen oder unterlassen werden soll.

Haben Sie Fragen?

I. Patientenverfügung

1. Form Ihrer Patientenverfügung

Kann ich meine Patientenverfügung ohne Hilfe ausfüllen?

Auch wenn es rechtlich nicht notwendig ist, empfehlen wir Ihnen, Ihre Verfügung gemeinsam mit Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin zu verfassen. Nur wenige Menschen sind medizinisch und juristisch so gut ausgebildet, dass sie konkrete Behandlungsmaßnahmen für künftige Situationen vorhersehen können. Die Informationen, Beispiele und Formulierungen, die wir Ihnen auf dieser Webseite zur Verfügung stellen, können Ihnen bei der Festlegung Ihres persönlichen Willens helfen.

Muss ich die Patientenverfügung handschriftlich zu Papier bringen?

Nein, Sie können Ihre Verfügung auch mit dem Computer schreiben oder Vorlagen zum Ankreuzen verwenden. Das folgende Formular kombiniert Ankreuzoptionen mit eigenen Ergänzungen.

Muss ich die Patientenverfügung unterschreiben?

Ja, Datum und handschriftliche Unterschrift sind unbedingt erforderlich! Sie können Ihre Verfügung handschriftlich oder mit einer elektronischen Signatur unterschreiben.

Kanzlei KM Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

Braucht es den Notar oder die Notarin?

Nein, weder die Vorsorgevollmacht noch die Patientenverfügung bedürfen einer notariellen Beurkundung. Die Hinzuziehung eines Notars ist nur dann erforderlich, wenn Sie blind oder anderweitig schreibbehindert sind (also nicht mehr unterschreiben können). Nur wenn Ihr Vorsorgebevollmächtigter auch Grundstücksgeschäfte oder die Abwicklung von Wirtschaftsunternehmen für Sie vornehmen soll, müssen Sie einen Notar hinzuziehen.

2. Inhalt und Wirkung Ihrer Patientenverfügung

Wie konkret soll ich beschreiben, was ich in welcher Situation möchte?

Wichtig ist, dass die Behandlungssituationen und die medizinischen Maßnahmen, die ergriffen oder unterlassen werden sollen, sehr konkret beschrieben werden. So ist zum Beispiel die Formulierung: „Wenn das Leben einmal nicht mehr lebenswert ist, möchte ich keine lebensverlängernden Maßnahmen." nicht eindeutig genug. Sie müssen für andere verständlich beschreiben, was „lebenswert" für Sie bedeutet und die lebenserhaltenden Maßnahmen konkret benennen oder anhand von Beispielen bestimmbar machen. Ihr Arzt bzw. Ihre Ärztin und unser Formular helfen Ihnen dabei.

Muss ich als Organspender besondere Dinge beachten?

Bis zur Entnahme von Spenderorganen ist es oft notwendig, dass kurzzeitig eine künstliche Beatmung durchgeführt wird. Mit der Patientenverfügung werden aber häufig gerade diese Maßnahmen in der Sterbephase untersagt. Wir haben daher eine Textpassage in das Formular aufgenommen, mit der Sie diesen Konflikt auflösen können.

Was wiegt mehr, meine Patientenverfügung oder mein mündlich geäußerter Wille?

Vorrangig ist immer Ihr mündlich geäußerter Wille. Die Patientenverfügung kommt erst dann zum Einsatz, wenn Sie selbst nicht mehr für sich entscheiden können, z.B. weil Sie schwer demenzkrank geworden sind oder in eine Bewusstlosigkeit oder ein Koma gefallen sind oder aus anderen Gründen nicht mehr ausreichend denken und kommunizieren können.

Muss ich meine Patientenverfügung von Zeit zu Zeit aktualisieren?

Lesen Sie sich Ihre Verfügung in regelmäßigen Abständen durch und ändern Sie sie unbedingt, sobald sich Ihre gesundheitliche Situation und/oder Ihr Wille ändern. Eine einmal verfasste Verfügung gilt und wird umgesetzt solange sie existiert und nicht von Ihnen selbst widerrufen wird. Wenn möglich, aktualisieren Sie Ihre Verfügung alle zwei Jahre. Ändert sich nichts, unterschreiben Sie einfach erneut mit aktuellem Datum.

Kanzlei KM Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

II. Vorsorgevollmacht

Brauche ich zusätzlich zu einer Patientenverfügung auch eine Vorsorgevollmacht?

Es ist sehr sinnvoll, die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten zu kombinieren. Mit der Patientenverfügung bestimmen Sie, **wie** behandelt werden soll und mit der Vorsorgevollmacht legen Sie fest, **wer** für Sie handeln und Sie vertreten darf, wenn Sie selbst nicht mehr für sich selbst sprechen können. Auch hier unterstützen wir Sie mit einer Beispiel-Vorsorgevollmacht.

Soll ich einen oder mehrere Bevollmächtigte in meine Vorsorgevollmacht eintragen?

Es macht Sinn, eine zweite Person zu bevollmächtigen. Häufig setzen sich Ehepartner gegenseitig ein und bedenken nicht, dass der jeweils andere in einigen Jahren womöglich selbst nicht mehr in der Lage ist, zu entscheiden. Es ist daher sinnvoll, eine zweite, jüngere Person zu bevollmächtigen. Stellen Sie dabei jedoch unbedingt klar, in welchem Verhältnis zwei Bevollmächtigte zueinander stehen. Sollen sie einzeln oder nur zusammen entscheiden dürfen? Möglich ist auch eine Rangfolge. Dann entscheidet z.B. Ihr Ehepartner vorrangig und Ihr Kind erhält erst dann die Vollmacht, wenn Ihr Ehepartner Sie nicht (mehr) vertreten kann.

Brauche ich eine Vorsorgevollmacht, auch wenn ich verheiratet bin?

Ehepartner sind nur im Notfall automatisch befugt, füreinander zu entscheiden (§1358 BGB). Ihr Ehepartner darf also nur im Notfall und für höchstens sechs Monate für Sie die Gesundheitsangelegenheiten regeln. Nach sechs Monaten braucht auch Ihr Ehepartner eine von Ihnen unterschriebene Vorsorgevollmacht.
Noch wichtiger wird die Vorsorgevollmacht, wenn Sie nicht von Ihrem Ehepartner vertreten werden möchten; z.B. weil Sie sich im Trennungsjahr befinden oder sich voneinander entzweit haben, aber noch verheiratet sind. Die Vorsorgevollmacht geht dem gesetzlichen Ehegatten-Notvertretungsrecht immer vor. Sie sollten die Vorsorgevollmacht in diesem Fall in das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer eintragen lassen.

Kann eine Vorsorgevollmacht eine Betreuung verhindern?

Ja. Wenn Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt haben, kann Ihr Bevollmächtigter sofort für Sie handeln und entscheiden. Das Amtsgericht, welches sonst einen gesetzlichen Betreuer bestellen müsste, braucht nicht in Aktion zu treten, wenn es einen Vorsorgebevollmächtigten gibt. Weit verbreitet ist der Glaube, ein gerichtlich bestellter Berufsbetreuer sei handlungs- und entscheidungsmächtiger als ein Vorsorgebevollmächtigter. Dies ist aber **falsch**. Betreuer und Vorsorgebevollmächtigter sind rechtlich völlig gleichgestellt.

Kanzlei KM Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

III. Aufbewahrung Ihrer Vorsorgedokumente

Wo soll ich meine Patientenverfügung und meine Vorsorgevollmacht aufbewahren?

Am besten sind Ihre Vorsorgedokumente bei Ihren persönlichen Unterlagen zuhause aufgehoben. Sprechen Sie aber mit Familie und Bekannten darüber, dass Sie eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht haben und wo Ihre Angehörigen die Dokumente finden können. Vor allem die Menschen, die Sie als Bevollmächtigte und Vertrauenspersonen ausgesucht haben, müssen von Ihren Vorsorgedokumenten wissen. Im besten Fall übergeben Sie diesen Menschen eine unterschriebene Kopie. Auch ist es sinnvoll, eine weitere Kopie bei Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt zu hinterlegen.

Das Wichtigste ist jedoch Reden.

Trotz aller Verfügungen ist es das Wichtigste, dass Sie mit Ihren Angehörigen über Ihre Wünsche und Gedanken zu Leben und Sterben sprechen. Vor allem die Personen, die Sie zu Ihren Vorsorgebevollmächtigten machen, müssen Ihren Willen kennen, um ihn umsetzen zu können. Auch wenn es schwer fällt, das Sterben anzusprechen, so ist der Tod ein unvermeidliches Ereignis. Mit Hilfe der Medizin können wir den Zeitpunkt verschieben. Aufhalten können wir das Lebensende jedoch nicht und es wäre unvernünftig, über diesen letzten Abschnitt unseres Lebens zu schweigen.

Besprechen Sie Ihre Patientenverfügung unbedingt mit Ihren Angehörigen!

Sie haben Fragen? - Sprechen Sie uns gerne an.

Alle Informationsmaterialien und Musterformulare stehen zum kostenfreien Download unter:

www.kanzleikm.de/vorsorge

Die Optimale Patientenverfügung (OPV)

Herausgegeben von:
Rechtsanwältin Kristin Memm
Kanzlei KM, Wiesenbach 11, D-99097 Erfurt, mail@kanzleikm.de, www.kanzleikm.de

Alle Musterformulare und Informationsmaterialien sind entstanden in Zusammenarbeit mit:
Dr. med. Joachim Zeeh
Abteilung Hospiz- und Palliativversorgung, Sozialwerk Meiningen gGmbH,
Ernststraße 7, D-98617 Meiningen

Dokument zur Vorsorge über die eigene Gesundheit

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG (nach §1827 BGB)

Sie können dieses Formular direkt verwenden, aber auch abschreiben, nach persönlichen Vorstellungen ändern oder als Leitfaden für eine selbst verfasste Patientenverfügung verwenden. Je persönlicher und aktueller die Verfügung und je besser sie auf Ihre Situation abgestimmt ist, umso verbindlicher wird sie für den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Wohnanschrift: .....

I. Hintergrund dieser Verfügung:

AKTUELLER GESUNDHEITSZUSTAND/HINTERGRUND DIESER VERFÜGUNG (Warum verfasse ich diese Verfügung? Wer bin ich?)

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

MEINE GEDANKEN UND WÜNSCHE für den letzten Abschnitt meines Lebens - Religiöse oder spirituelle Überzeugungen. Was ist für mich Lebensqualität? Was mir im Leben immer wichtig gewesen ist (*z.B. „Ich habe in meinem Leben immer Sport gemacht und Bewegung ist für mich sehr wichtig" oder „Ich liebe es zu kochen und Genuss bedeutet für mich Lebensqualität.." oder „Essen hatte nie eine große Bedeutung für mich, aber soziale Kontakte und Kommunikation sind mir wichtig.")

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

II. Verfügung über konkrete Behandlungsmaßnahmen:

Sollte ich selbst nicht mehr in der Lage sein, in eine medizinisch notwendige Maßnahme einzuwilligen, verfüge ich für die nachfolgend genannten Situation schon heute meinen Willen. Dieser Wille gilt fort bis er von mir widerrufen wird. Er steht meiner ausdrücklichen Einwilligung bzw. Nichteinwilligung gleich und ist von allen Beteiligten zu beachten.

Ich verfüge meinen Willen für den Fall, dass

- ☐ ich mich in dem letzten Stadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen und möglicherweise noch Tage, Wochen oder Monate entfernt ist.

- ☐ meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit Menschen Kontakt aufzunehmen unwiederbringlich erloschen oder massiv eingeschränkt sind, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
  Eine solche massive Einschränkung meiner geistigen Fähigkeiten wäre für mich zum Beispiel, wenn ich nahestehende Angehörige, Freunde oder Personen, die mich pflegen nicht mehr erkenne. Dies gilt sowohl für den Fall, dass mein Zustand durch eine direkte Gehirnschädigung (z.B. Trauma, Schlaganfall, Hirnblutung, Hirntumor, Demenzerkrankung oder andere neurologisch-degenerative Krankheiten) hervorgerufen wurde als auch für den Fall, dass eine indirekte Gehirnschädigung nach Wiederbelebungsmaßnahmen, Narkosen oder Multiorganversagen die Ursache ist. Mir ist bekannt, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber höchst unwahrscheinlich, ist.

- ☐ ich aufgrund einer fortgeschrittenen irreversiblen Erkrankung (Alzheimer-Demenz, andere Demenzformen, schwerer Schlaganfall oder in ihren Auswirkungen vergleichbaren Krankheiten) trotz ausreichender Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Dies bedeutet für mich, dass ich nicht mehr auf übliche Weise (Löffel, Schnabeltasse) ernährt („gefüttert") werden kann, weil ich nicht mehr in der Lage bin, an der Nahrungsreichung bewusst oder unbewusst mitzuwirken (den Mund zu öffnen, zu schlucken) oder weil ich die Bemühungen meiner Pflegepersonen, mir Nahrung oder Flüssigkeit zu reichen („füttern"), abwehre.

- ☐ ab Eintritt eines Komas oder Wachkomas mindestens 6 Monate ohne erkennbare und alltagsrelevante Besserung meines Zustandes vergangen sind.

Krankheiten, die oben nicht ausdrücklich benannt werden, in ihrer Natur und oder ihren Auswirkungen aber vergleichbar sind, sollen sinngemäß behandelt werden.

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

Liegt eine der oben genannten Situationen vor und bin ich nicht mehr in der Lage, selbst einzuwilligen, so ist dies mein VORAUSVERFÜGTER WILLE:

- ☐ Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes möchte ich nicht wiederbelebt werden.
- ☐ Bei unzureichender eigener Spontanatmung möchte ich nicht künstlich beatmet werden.
- ☐ Wenn ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen oder mich füttern zu lassen, möchte ich nicht über eine nasogastrale oder eine PEG-Sonde versorgt werden.
- ☐ Wenn eine solche künstliche Ernährung über Sonde schon begonnen worden sein sollte, aber 3 Monate ohne Besserungstendenz vergangen sind und keine begründete Aussicht besteht, künftig wieder selbst bedarfsdeckend essen und trinken zu können, möchte ich,
    - ☐ dass die künstliche Ernährung über die Sonde abgebrochen und durch die alleinige Verabreichung von Wasser / Tee ersetzt wird,
    - ☐ dass die künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe über die Sonde abgebrochen wird, aber eine sorgfältige Mundpflege nach den Grundsätzen der Palliativmedizin erfolgt.
- ☐ Beim Ausfall meiner Nierenfunktion möchte ich nicht mittels Nierenersatztherapie (Dialyse) behandelt werden.
- ☐ Bei Begleitinfektionen möchte ich keine Antibiotikagabe. Ist eine solche Therapie bereits begonnen worden, verlange ich deren Abbruch.
- ☐ Im Falle von Herzrhythmusstörungen möchte ich keinen Herzschrittmacher. Sollte ein solcher bereits implantiert sein, verfüge ich, dass die Defibrillator-Schockfunktion ausgeschalten wird, damit mein Sterben nicht durch Elektroschocks verzögert oder gestört wird.
- ☐ In der Terminalphase einer der oben genannten Erkrankung möchte ich (z.B. bei einer Lungenentzündung, einer Exsikkose oder ähnlicher Störungen) nicht mehr in ein Krankenhaus eingeliefert werden, es sei denn die Linderung von Schmerzen (Symptomkontrolle) ist ambulant nicht mehr möglich. Gemäß den Prinzipien von „palliative care" möchte ich soweit es möglich ist, an dem Ort, an dem ich bis dahin gepflegt worden bin (also in meinem Zuhause oder meinem Pflegeheim) verbleiben und auch dort sterben, falls erforderlich mit der Unterstützung durch ein Team der speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

Medizinische Maßnahmen, die hier nicht explizit aufgeführt sind, aber in den oben beschriebenen Behandlungssituationen auch in Frage kommen könnten, lehne ich sinngemäß ebenfalls ab, wenn sie ohne Aussicht auf Verbesserung meiner Lebensqualität nur einer Aufrechterhaltung der Körperfunktionen und damit Verlängerung eines von mir nicht mehr gewollten Lebens dienen.
Ich wünsche jedoch stets eine palliativmedizinische Basisversorgung. Darunter verstehe ich lindernde und pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl und eine wirksame Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Unruhe, Angst und anderen belastenden Symptomen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Speziell für eine bei mir bestehende Erkrankung treffe ich folgende ZUSÄTZLICHE VERFÜGUNGEN:
(Falls Sie zusätzliche Verfügungen treffen wollen.)

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

III. Vorgehen in einem unter Punkt II. nicht beschriebenen Fall:

In Situationen, die von dieser Verfügung nicht erfasst sind, sollen meine Vorsorgebevollmächtigten und meine Vertrauenspersonen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten dabei helfen, so über meine Behandlung zu entscheiden, wie ich es vermutlich wollen würde (§1828 BGB).

Ergänzend zu dieser Patientenverfügung erteile ich zu diesem Zweck eine VORSORGEVOLLMACHT IN GESUNDHEITSANGELEGENHEITEN an:

BEVOLLMÄCHTIGTE(R) Nummer 1)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Kontaktmöglichkeit (Anschrift/ Telefonnummer)	

Zusätzlich erteile ich eine WEITERE VOLLMACHT in Gesundheitsangelegenheiten an

BEVOLLMÄCHTIGTE(R) Nummer 2)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Kontaktmöglichkeit (Anschrift/ Telefonnummer)	

Dabei stehen die beiden Bevollmächtigten in diesem Verhältnis zueinander:

☐ Der/ Die **Bevollmächtigte Nummer 1) entscheidet vorrangig**. Bevollmächtigte(r) Nummer 2) darf nur entscheiden, wenn Bevollmächtigte(r) Nummer 1) nicht entscheiden kann, weil er/sie für eine längere Zeit abwesend (z.B. verreist) oder selbst geistig nicht mehr in der Lage ist, mich zu vertreten.

Bitte nur **eine** Option ankreuzen!

☐ Beide Bevollmächtigte sind **gleichberechtigt, d.h. sie dürfen unabhängig voneinander** entscheiden. Im Streitfall urteilt das Betreuungsgericht.

☐ Beide Bevollmächtigte dürfen nur **gemeinsam** entscheiden, d.h. sie müssen sich über meinen (mutmaßlichen) Willen einig sein. Im Streitfall urteilt das Betreuungsgericht.

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

	JA	NEIN
1. Die Bevollmächtigten dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie sind befugt, den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	☐	☐
2. Die Bevollmächtigten dürfen insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahme 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.**	☐	☐
3. Die Bevollmächtigten dürfen alle notwendigen Auskünfte und Informationen verlangen, Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Dies gilt auch für meine digitalen Gesundheitsdaten. Die Bevollmächtigten haben das Recht, alle Daten meiner elektronischen Patientenakte, insbesondere die Gesundheitsdaten, einzusehen und in meinem Namen die Zugriffsberechtigungen für Dritte festzulegen sowie deren Löschung zu verlangen.	☐	☐
4. Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, dürfen die Bevollmächtigten		
• über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung entscheiden (§1831 Abs. 1 BGB).	☐	☐
• über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung entscheiden (§1831 Abs.4 i.V.m. Abs. 2 BGB).	☐	☐
• über ärztliche Zwangsmaßnahmen entscheiden (§1832 BGB).	☐	☐
• über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus entscheiden, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt. (§ 1832 Abs. 4 BGB).	☐	☐
5. Die Bevollmächtigten sind berechtigt, Untervollmacht zu erteilen oder Dritte mit der Wahrnehmung der oben übertragenen Befugnisse zu beauftragen.	☐	☐

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

Zusätzlich soll meinen **VERTRAUENSPERSONEN** bei der Festlegung meines Willens Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1828 Absatz 2 BGB).

Weitere Vertrauenspersonen sind:

Name	Kontaktmöglichkeit (Anschrift/ Telefonnummer)

Meine Vertrauenspersonen sind ausdrücklich nicht zu einer Entscheidung bevollmächtigt. Sie sollen angehört werden, wenn diese Verfügung keine Behandlungswünsche vorgibt und ihre Erinnerungen an mich und mein Leben dabei helfen können, meinen mutmaßlichen Willen festzustellen.

Maßstab für die Entscheidung über meinen mutmaßlichen Willen sollen meine oben unter Punkt I. beschriebenen Wertvorstellungen und Gedanken sein.

IV. Für den Fall der Organ- und Gewebespende treffe ich folgende Ausnahmeregelung:

Ich habe neben dieser Verfügung einen Organspendeausweis, in dem ich die Entnahme bestimmter Organe und/ oder Gewebe nach meinem Tod erlaube.

☐ **Ja.** Daher gestatte ich in Ausnahme zu den oben getroffenen Verfügungen, dass für die kurze Zeit bis zur Organ- oder Gewebeentnahme die dafür notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen (zum Beispiel Beatmung, Kreislaufunterstützung) durchgeführt werden dürfen. Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod noch nicht eingetreten aber absehbar ist und die Zeit bis zum Eintritt intensivmedizinisch überbrückt werden muss.

☐ **Nein.** Ich lehne eine Entnahme meiner Organe bzw. von Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab und widerspreche daher auch jeder organerhaltenden Therapie zu Transplantationszecken.

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

V. Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen und nichtärztliches Personal gegenüber meinen Vorsorgebevollmächtigten und gegenüber meinen Vertrauenspersonen von der Schweigepflicht.

VI. Abschließende Bemerkungen

Diese Verfügung habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und nicht unter dem Drängen Dritter erstellt und unterschrieben.

Die aktuelle Verfügung gilt, bis ich sie widerrufe. Ich wünsche nicht, dass mir zu einem späteren Zeitpunkt eigener Einwilligungsunfähigkeit (beispielsweise einem weit fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung) eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Auch aus Gesten, Blicken oder anderen Äußerungen, die ich im nicht mehr selbstbestimmten Willenszustand abgebe, soll nicht auf eine Willensänderung geschlossen werden.

.....

Ort und Datum, eigenhändige Unterschrift

Ich habe in einem ausführlichen Gespräch mit meinem Arzt/meiner Ärztin,

Herrn/ Frau .....

über die medizinischen Hintergründe dieser Verfügung gesprochen und entbinde diese(n) diesbezüglich von der Schweigepflicht.

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de

Aktualisierungen (ca. alle 2 Jahre)

Um die Glaubwürdigkeit und Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung zu erhöhen und dies gegenüber meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten zum Ausdruck zu bringen, bekunde ich hiermit, dass die vorliegende Verfügung weiterhin meinem Willen entspricht.

Ort und Datum, Unterschrift	Ort und Datum, Unterschrift
Ort und Datum, Unterschrift	Ort und Datum, Unterschrift
Ort und Datum, Unterschrift	Ort und Datum, Unterschrift

Kanzlei KM I Kanzlei für Medizinrecht, Medizinethik, Digitale Medizin
Wiesenbach 11, 99097 Erfurt | Bahnhofstraße 38, 99084 Erfurt | T +49 (0)361 55 89 53 40 | mail@kanzleikm.de | www.kanzleikm.de