ZENTRALSTELLE
PATIENTEN
VERFÜGUNG

HVD
Humanistischer Verband
Deutschlands

STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG

ANKREUZBOGEN UND MEHR

gemäß juristischem Standard

ANLEITUNG ZUR NUTZUNG

Ausfertigen lassen zur individuell erweiterten STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG

- ***Ausfüllen***
- ***Abschicken***
- ***Ausfertigen lassen***

Lesen Sie die Texte der Teile **A** *und* **B** *gut durch. Diese stellen die Kernaussagen einer Standard-Patientenverfügung (SPV) dar.*

Individuelle Zusatzangaben können Sie davor (Ihre jetzige Situation betreffend) sowie ausführlich im Teil **C** *machen.*

Im Teil **D** *finden Sie alles zur Auftragserteilung.*

Ihre Option dort für oder gegen eine Organspende (unter »Zu guter Letzt«) wird in der von uns ausgefertigten SPV mit aufgenommen.

Senden Sie die vier Seiten mit dem gestreiften Rand zurück ***an die Adresse*** *des Humanistischen Verbandes,* ***die in Teil D aufgeführt ist.***

Unsere Mitarbeiter_innen prüfen Ihre Angaben und stehen für Beratung oder Hilfe beim Ausfüllen zur Verfügung – ***gern auch telefonisch.***

Es wird aus Ihren Angaben eine ***unterschriftsreife STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG*** *erstellt und Ihnen in zweifacher Ausfertigung per Post zugesandt (siehe Abb. Vorder- und Rückseite). Zusätzlich erhalten Sie Vollmachten, in die wir die Namen und Kontaktdaten Ihrer Vertrauenspersonen eindrucken, wenn Sie uns diese mitgeteilt haben.*

Dafür erbitten wir zur Deckung unserer Kosten eine Gebühr von ***50 €.***

Ein ermäßigter Betrag ist möglich, ein freiwillig geleisteter ***höherer Betrag ist willkommen.*** *Die Gebühr ist erst nach Erhalt der fertigen Dokumente zu entrichten.*

Gemeinnützig und unabhängig

Die Arbeit der Zentralstelle Patientenverfügung (ZPV) in Berlin ist nicht gewinnorientiert, sondern als gemeinnützig anerkannt.

- *Wir setzen uns seit über 25 Jahren aktiv dafür ein, dass Selbstbestimmung am Lebensende gestärkt wird.*
- *Wir haben im Bundesjustizministerium am bestehenden »Patientenverfügungsgesetz« beratend mitgewirkt.*
- *Wir tragen durch Öffentlichkeitsarbeit zum humanen Sterben bei.*

Träger der ZPV ist der Humanistische Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg. Wir arbeiten eng mit anderen Einrichtungen und Geschäftsstellen des Humanistischen Verbandes zusammen. Von einer in Ihrem Bundesland haben Sie vielleicht diese Unterlagen erhalten.

Zur Erstellung einer

STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG

ZENTRALSTELLE PATIENTEN VERFÜGUNG

HVD
Humanistischer Verband Deutschlands

Überreicht durch / Datum

Verfügende/r mit Vor- und Zunamen *Geburtsdatum*

Adresse *Telefon*

*Wenn in Ihrer **jetzigen (!) Situation** plötzlich ein **Notfall** (z. B. durch Unfall oder Herzinfarkt) einträte, sollen dann **intensivmedizinische Maßnahmen** durchgeführt und ausgeschöpft werden?*

☐ **Ja,** solange realistische Aussichten bestehen, dass ich ein lebenswertes, umweltbezogenes Leben wiedererlangen kann.

☐ **Nein,** bereits jetzt sind intensivmedizinische Maßnahmen von mir prinzipiell nicht mehr erwünscht (aufgrund hohen Alters, schwerer Erkrankung o. ä.).

☐ **Keine Angabe** / unentschieden

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bestimme ich:

A Situationen, in denen meine Patientenverfügung gelten soll

Diese exemplarischen »Standard«-Situationen gelten als »aussichtslos« im Sinn von Heilung oder auch nur Besserung der Grunderkrankung. Sie können gleichwohl nicht als »sinn-, hoffnungs- oder wertlos« angesehen werden, denn es bleiben am Lebensende fürsorgende und lindernde (»palliative«) Maßnahmen gemäß den Bedürfnissen der Schwerstkranken.

In diesem Sinne wünsche ich nur noch pflegerische Basisversorgung, Schmerz- und Beschwerdelinderung. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass ich eine notwendige medizinische Entscheidung nicht selbst treffen kann, d. h. nicht (mehr) willensfähig bin.

- Wenn ich mich unabwendbar im **Sterbeprozess** befinde bzw. im **Endstadium** einer zum Tode führenden Erkrankung

  ☐ auch dann, wenn bei **schwerem, unheilbarem Leiden** der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar wäre.

- Wenn ich in Folge einer **schweren Gehirnschädigung**[1] mein Bewusstsein verloren habe und dies – aller Wahrscheinlichkeit nach – unwiederbringlich ist (»Dauerkoma«)

  ☐ auch dann, wenn **absehbar keine wesentliche Besserung** dahingehend erfolgt, dass ich wieder **Einsichten gewinnen** und **mit anderen Menschen in Kontakt treten** kann.
  (Möglichkeit einer zeitlichen Beschränkung siehe Teil C, Punkt 6)

- Wenn ich aufgrund eines **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses**[2] (einer Demenz z.B. nach Alzheimer-Typus) trotz Hilfestellung Nahrung nicht mehr auf natürliche Weise zu mir nehmen kann

  ☐ auch dann, wenn bei Demenz ein noch nicht so weit fortgeschrittenes Stadium vorliegt, aber eine **organisch bedingte Lebensbedrohung** (z. B. Nierenversagen) hinzutritt, lehne ich intensivmedizinische bzw. andere belastende Maßnahmen (z. B. Dialyse) ab.

Zu den hochgestellten Ziffern siehe »Medizinische Erklärungen«.

B Medizinische Festlegungen für die unter A genannten Situationen

1. Unverzichtbare Basisversorgung

Ich wünsche und erwarte angemessene Zuwendung und Körperpflege. Eine fachgerechte (d. h. palliativmedizinische) **Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen** wie Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe setze ich dabei voraus.

2. Ablehnung von intensivmedizinischen Maßnahmen

In den unter A genannten Situationen sollen **keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr erfolgen.** Insbesondere damit einhergehende Belastungen möchte ich mir ersparen. Ein **Sterben** wird dann von mir gewünscht bzw. in Kauf genommen. Das bedeutet bei **Willensunfähigkeit** im Einzelnen:

- Keine lebenserhaltenden Eingriffe und Maßnahmen wie z. B. Dialyse, keine Eingriffe wie z.B. Amputation und Organoperation mehr.
- Keine künstliche Beatmung mehr bzw. eine schon eingeleitete soll eingestellt werden. Ich setze voraus, dass ich Medikamente zur hinreichenden Linderung von Atemnot erhalte.
- Keine Versuche zur Wiederbelebung mehr.

☐ Ein **Notarzt** soll in den unter A genannten Situationen bei Herz-Kreislauf-Stillstand nicht mehr gerufen werden.

3. Verzicht auf künstliche Ernährung[3]

Das **Stillen von Hunger- und Durstempfinden** gehört unverzichtbar zu jeder lindernden Therapie. Es soll **auf natürliche Weise erfolgen,** ggf. mit Hilfe (Handreichung) bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Unter den in A genannten »aussichtslosen« Situationen* wünsche ich **keine künstliche Ernährung[3]** mehr, unabhängig von der Form (Magensonde durch Bauchdecke [»PEG«] oder durch die Nase) ebenso wenig wie Kalorienzufuhr durch venöse Zugänge. Auf palliativmedizinische Mundpflege und -befeuchtung[3] ist besonderer Wert zu legen.

☐ Ich erwarte **künstliche Flüssigkeitzufuhr[3]** ausschließlich in angemessener Menge.

4. Mögliche Nebenwirkungen bei Schmerz- und Beschwerdelinderung[4]

Wenn **am Lebensende** Schmerzen, Atemnot und sonstige quälende Beschwerden anders nicht hinreichend zu lindern sind, stimme ich auch solchen Mitteln zu, die mich sehr müde machen und zu Benommenheit führen können.

☐ Dann wünsche ich auch **bewusstseinsdämpfende Medikamente** zur Sedierung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer Lebensverkürzung als ärztlich nicht beabsichtigter Nebenwirkung[4] nehme ich in Kauf.

5. Antibiotika und andere Medikamente

Auch bei dieser Frage geht es ausschließlich um die unter A genannten Situationen.

Wählen Sie höchstens zwei Alternativen, nicht alle drei, damit eine Tendenz erkennbar ist.

☐ Auch auf solche Medikamente **verzichte** ich dann. Ich will dann keinerlei Stabilisierung oder mögliche Lebensverlängerung mehr.

☐ Ich wünsche bzw. erlaube sie nur zur **Linderung** von Beschwerden.

☐ Darüber soll/en später mein/e Bevollmächtigten entscheiden bzw. eine Abwägung treffen.

Für Rückfragen, die sich beim Ausfüllen dieses Ankreuzformulares ergeben, erreichen Sie uns Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 10–17 Uhr unter 030 613904-12 oder -32.

C Mögliche Zusatzangaben und Wünsche

Im Folgenden können Sie Ihre Angaben basierend auf Ihren persönlichen Wertvorstellungen und Wünschen zum Lebensende weiter konkretisieren. Allerdings bleiben hier immer Schwierigkeiten bei der zeitlichen Bestimmung und sonstige Unwägbarkeiten. So kann eine Einschränkung von Versuchen zur Wiederbelebung nicht verbindlich vorausbestimmt werden. Ebensowenig kann ein gewünschter Sterbeort garantiert werden. Auch ein hier gewünschter Behandlungsverzicht im Pflegefall ist zu unpräzise, um später mehr als ein (allerdings wichtiges) Indiz für ein Sterben-Lassen zu gelten. Individuelle Festlegungen können Sie auf einem Zusatzblatt beifügen.

6. Weitere Situation von Willensunfähigkeit, in denen die medizinischen Festlegungen aus Teil B gelten sollen:

Lassen Sie sich zu dieser Frage am besten ärztlich oder medizinisch fachkundig beraten. Im Zweifelsfall sollten Sie die folgende Option überspringen.

☐ Wenn ich infolge einer **schweren Gehirnschädigung**[1] **keine Einsichten mehr gewinnen** und (i. d. R. sprachlich) mit Menschen nicht mehr in Kontakt treten kann, **soll das Warten auf wesentliche Besserung beschränkt werden auf:**

..... Monat(e) **oder** Woche(n)

Bitte eine Zahl eintragen und die nicht zutreffende Zeiteinheit streichen.

7. Schwerstpflege-Situation bei (auch vorübergehender) Willensunfähigkeit

☐ Ich wünsche **keine lebensverlängernden Eingriffe** mehr, wenn körperliche Dauerschädigungen mit **bleibender Schwerstpflegebedürftigkeit** bzw. Bettlägerigkeit vorliegen *(z. B. in Folge von Schlaganfall, Organschäden oder Unfall)*.

8. Sonderfall Wiederbelebung[5] (bei Herz-Kreislauf-Stillstand)

Diese Optionen beziehen sich auf Ihre jetzige Situation, wenn plötzlich ein Notfall bzw. Unfall einträte.

☐ Versuche zur Wiederbelebung wünsche bzw. akzeptiere ich prinzipiell nur unter der Bedingung, dass sie innerhalb von kurzer Zeit (ca. fünf Minuten[5]) nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand einsetzen.

☐ Wenn eine der unter A oder C genannten Situationen eingetreten sein sollte, lehne ich Versuche zur Wiederbelebung prinzipiell ab.

– oder –

☐ Versuche zur Wiederbelebung lehne ich in jedem Fall heute schon ab.

*Sie können bei den folgenden Punkten **9**, **10** und **11** jeweils mehrere Optionen wählen.*

9. Zur späteren Entscheidungsfindung und Interpretation meines Willens

☐ Die von mir in der beigefügten Gesundheitsvollmacht **benannte(n) Person(en)** soll(en) – nach ärztlicher Aufklärung – das »letzte Wort« im Prozess der Entscheidungsfindung haben. Bei notwendig werdenden Interpretationen kommt ihr (ihnen) ein **eigener Ermessensbereich** zu.

☐ Die hier getroffenen medizinischen Festlegungen gelten für Ärztinnen/Ärzte **unmittelbar verbindlich.** Solange ich sie nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Situation **keine Änderung meines Willens unterstellt werden.**

☐ Insbesondere bei Demenz soll abgewogen werden, was **meinem Wohl und mutmaßlichen Willen am meisten entspricht.** Dies soll aufgrund meiner Gesten, Blicke oder sonstiger Lebensäußerungen ermittelt werden, möglichst im Konsens mit allen Beteiligten.

10. Aufenthaltsort am Lebensende

Ich möchte …

☐ dort sein, wo meine Würde, Versorgung und Selbstbestimmung am besten gewahrt sind.

☐ wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.

☐ bei Komplikationen am Lebensende in ein Krankenhaus verlegt werden.

☐ zum Sterben in ein Hospiz.

11. Gewünschter Beistand am Lebensende (menschlich, fachlich, spirituell)

Ich wünsche, dass benachrichtigt und einbezogen wird

☐ Pflege-, Palliativ-, ambulanter Hospizdienst:

.....

☐ Vertreter/in der folgenden Kirche / Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft / Organisation:

.....

☐ Ärztin/Arzt meines Vertrauens *(inkl. Tel.)*:

.....

*Sinnvoll ist ein **Zusatzblatt** mit Vorstellungen zu einem (noch) lebenswerten Leben, Hoffnung auf Besserung, zu körperlichen und geistigen Einschränkungen; mit Schilderung von bestehenden Beschwerden, zu benachrichtigenden Personen u. ä.*

D Weitere Angaben

12. Organ- und Gewebeentnahme

☐ Ich stimme einer Entnahme **von Organen** zum Zweck der Transplantation zu. **Intensivmedizinische Maßnahmen** dürfen dann zur Vorbereitung der Organentnahme nach Hirntodfeststellung **weitergeführt werden** *(Stunden oder wenige Tage).*

☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe ab.

☐ Ich bin mit einer Entnahme von Gewebe nach meinem Tod einverstanden.

☐ Ich stimme einer Organ- und Gewebeentnahme zu Forschungszwecken zu.

Zur Bearbeitung

☐ **Ich bitte um eine eilige Bearbeitung** (z. B. weil ein medizinischer Eingriff bevorsteht).

☐ **Ich bitte um Gesundheitsvollmachten.**

☐ **Ich bitte um Vorsorgevollmachten.**

☐ Ich bitte **um eine Betreuungsverfügung,** da eine geeignete Person für eine Vollmacht nicht zur Verfügung steht.

Zum Online-Ausfüllen

Wenn Sie auf unserer Seite www.patientenverfuegung.de Ihre persönlichen Daten selbst eintippen und Ihre Optionen durch Anklicken wählen, sparen wir dadurch viel Zeit. Dementsprechend ist der dort erbetene reguläre Betrag niedriger als der unten genannte.

Gebührenerstattung

Unsere gemeinnützige Arbeit finanzieren wir ausschließlich über Gebühren, Spenden und Förderbeiträge. Die durchschnittlichen Kosten zur Erstellung einer individuellen Standard-Patientenverfügung betragen ca. 50 Euro. Wir bitten Sie, uns diese zu erstatten.

Zur Unterstützung unserer Ziele können Sie darüber hinaus gern freiwillig eine höhere Gebühr ankreuzen. Damit zeigen Sie sich solidarisch mit denjenigen, die für ihre Vorsorge-Dokumente nicht das nötige Geld aufbringen können, denn diesen ermöglichen wir dadurch die Angabe einer geringeren Gebühr.

Ich erkläre mich bereit, nach Erhalt meiner Dokumente *(unterschriftsreife Standard-Patientenverfügung – falls erwünscht zusätzlich mit unterschriftsreifen Vollmachten – jeweils in doppelter Ausführung)* **einen Betrag zu überweisen in Höhe von (wie angekreuzt):**

☐ **regulär 50 €** **oder** ☐ **65 €** **oder** ☐ **100 €**

oder ☐ **individuell ..... €**

☐ Ich bitte um eine **Reduzierung** der 50 €, da ich nur einen **Betrag in Höhe von** ..... € überweisen kann.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Unterstützung.

Bitte senden an:

Zentralstelle
Patientenverfügung (HVD)
Wallstraße 65
10179 Berlin

X ☐ Ich bin einverstanden mit der **Speicherung und Verarbeitung** der von mir angegebenen Daten ausschließlich zum Zweck **der Abwicklung meines Auftrags**. Ggf. von mir benannte Personen, die in meine Vollmachten aufgenommen werden sollen, sind von mir über diese Regelung informiert und ebenfalls einverstanden.

.....
Ort / Datum

X .....
Unterschrift

© Humanistischer Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg 11_2017

MEDIZINISCHE ERKLÄRUNGEN

Zu den Begriffen mit hochgestellten Anmerkungsziffern*

Gehirnschädigungen: Dauerhafte Bewusstlosigkeit / Schwere Demenz

1 Betrifft i. d. R. **plötzliche schwere Gehirnschädigungen** (z. B. unfallbedingt durch **Kopfverletzung,** durch **Schlaganfall, Infarkt** oder **Sauerstoffmangel** im Gehirn). Die schwerste Form ist ein wahrscheinlich unwiederbringlicher Verlust des Bewusstseins durch Ausfall der Großhirnfunktion (Dauerkoma). Patient/innen im **Koma** reagieren nicht auf Reize und eine künstliche Ernährung ist lebensnotwenig. Dabei bleiben Organfunktionen wie Atem-, Darm- und Nierentätigkeit meist erhalten. Besonders bei Jüngeren können sich **günstige Entwicklungen** einstellen, je nach Ursache des Komas etwa bis zu 3, 6 oder auch noch 12 Monaten – doch mit zunehmender Dauer kaum ohne bleibende (Mehrfach-)Schädigungen.

Längst nicht alle hirngeschädigten Patient/innen bleiben oder sind komatös. Sie können auch »nur« geistig schwer behindert und aufgrund dessen **unfähig sein, Einsichten zu gewinnen** und mit anderen Menschen – i. d. R. sprachlich – in Kontakt zu treten. Aber sie reagieren durchaus auf Reize, haben Empfindungen, können ggf. schlucken, lernen sich zu bewegen und einfache Worte sprechen. In den ersten sechs bis acht Wochen bestehen die besten Aussichten auf Rehabilitationserfolge. Vielleicht kann sogar ein weitgehend eigenständiges Leben wiedererlangt werden.

2 Betrifft nicht rückführbare Gehirnschädigungen infolge eines **Hirnabbauprozesses,** wie sie am häufigsten bei **Demenz** (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im **weit fortgeschrittenen »Endstadium«** ist der Kranke völlig bettlägerig, kann nahe Angehörige gar nicht mehr erkennen und trotz Hilfestellung keine Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise mehr sich zu nehmen. Hiervon zu unterscheiden ist ein **noch nicht so weit fortgeschrittenes Stadium.** In diesem können Krankheitssymptome auftreten wie Persönlichkeitsstörungen, Angst, starke Desorientierung. Insbesondere wenn die eigenen geistigen Defizite selbst gar nicht mehr wahrgenommen werden, vermag der Betroffene noch durchaus positive Gefühle zu empfinden. Er kann Freude am Leben (in seiner eigenen Welt) haben oder auch am Essen.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

3 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 Patienten im Dauerkoma. Das **Durstgefühl** ist bei Schwerkranken zwar länger vorhanden, Beschwerden können aber am besten durch Anfeuchten der Atemluft gelindert und durch fachgerechte Mundbefeuchtung weitgehend beseitigt werden. Die künstliche Zufuhr von (insbesondere größerer) Flüssigkeitsmenge im Sterben gilt als schädlich, weil sie zu Beschwerden infolge von Wasseransammlung führen (v. a. zu Atemnot).

Schmerz- und Beschwerdelinderung

4 Eine **fachgerechte palliativmedizinische Behandlung** einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend und auch nicht bewusstseinsdämpfend. Meist werden umgekehrt durch die relativ gute Kontrollierbarkeit von Tumorschmerzen bei Krebspatienten »neue Lebensgeister« geweckt. Doch bei vielen anderen quälenden und nur schwer beherrschbaren Symptomen, insbesondere bei Atemnot und Erstickungsangst, ist eine höhere Dosierung von Schmerz- und Beruhigungsmitteln notwendig.

Wenn die angezeigte »herkömmliche« Palliativbehandlung an Grenzen stößt, können auch Narkotika zu einer sog. Sedierung (zu Bewusstseinsdämpfung oder vorübergehendem Tiefschlaf) eingesetzt werden. In besonderen Notfällen ist das Risiko einer – ärztlicherseits unbeabsichtigten – Verkürzung der verbleibenden Lebenszeit nicht ausgeschlossen. Wenn dies in Kauf genommen wird, sollte zur Rechtsicherheit des Arztes ein entsprechender Passus in der Patientenverfügung enthalten sein.

Wiederbelebungsmaßnahmen (»Reanimation«)

5 **Maßnahmen zur Wiederbelebung** sind nie leidensmindernd, sondern dienen ausschließlich dem Versuch der Lebensrettung. Pro Minute, die bis zum Beginn der Wiederbelebung verstreicht, verringert sich die Überlebenschance um etwa 10%. Wenn der Herz-Kreislaufstillstand **länger als 5 Minuten** zurückliegt, muss mit immer schwerwiegenderen Dauerschädigungen des Gehirns gerechnet werden (Überleben im Koma). Denn das besonders empfindliche Gehirngewebe ist bei Sauerstoffmangel eher irreparabel geschädigt als andere Organe. Wiederbelebung absolut zu untersagen, kann für einen hochbetagten oder sehr schwer kranken Menschen in Frage kommen, der sich auch unter keinen Umständen mehr operieren lassen will. Im Rahmen von (noch) geplanten medizinischen Eingriffen kommt es gelegentlich zu kurzfristigen Problemen, die sich durch eine **sofortige** Wiederbelebungsmaßnahme ohne Folgeschäden beheben lassen. Diese kann ausschließlich erlaubt werden.

* *Diese Erklärungen im Sinne der Hospiz- und Palliativberatung sind weitgehend übernommen aus der Broschüre »Patientenverfügung« vom **Bundesministerium der Justiz***

Unsere gemeinnützige Arbeit und unentgeltliche Leistungen

- Gemeinnützig bedeutet nicht kostenfrei, doch leisten wir in vielen Bereichen unentgeltliche Hilfe und Betreuung wie z. B. Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche.
- Auf unserer Seite www.patientenverfuegung.de stellen wir kostenfreie Downloads zum Selbstausdrucken zur Verfügung.
- Wir senden allen Interessenten einen kostenfreien pv-newsletter per E-Mail mit aktuellen (Fach-)Informationen zu.
- Wir unterstützen Angehörige und Bevollmächtigte bei der Durchsetzung des Patientenwillens in der später eingetretenen Situation.
- Wir bieten für unsere regelmäßigen Förderer eine Hinterlegungsmöglichkeit mit Notfallpass und Bereitschaftsdienst auch am Wochenende und an Feiertagen.
- Wir führen Fortbildungsmaßnahmen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen durch.

Bei Fragen können Sie sich wenden an

030 613904-12 oder -32
Mo., Di., Do. und Fr. 10–17 Uhr

E-Mail: spv@patientenverfuegung.de

ZENTRALSTELLE PATIENTEN VERFÜGUNG
HVD
Humanistischer Verband Deutschlands

ZENTRALSTELLE PATIENTEN VERFÜGUNG
HVD
Humanistischer Verband Deutschlands

V.I.S.I.T.E.
Ambulantes Hospiz Palliativberatung

Tel.: 030 613904-12 oder -32, Fax: 030 613904-36 • Wallstr. 65, 10179 Berlin
Zentralstelle Patientenverfügung des HVD *(www.patientenverfuegung.de)*
in Kooperation mit:
V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung *(www.visite-hospiz.de)*

ZENTRALSTELLE
PATIENTEN
VERFÜGUNG

HVD
Humanistischer Verband
Deutschlands

Ausstellung von Vollmachten ohne Zusatzkosten für Sie

Wenn Sie sich eine ***Standard-Patientenverfügung*** durch uns ausfertigen lassen, bieten wir Ihnen zur Ergänzung eine ausgedruckte, unterschriftsreife ***Gesundheitsvollmacht**** an (ebenfalls in zweifacher Ausfertigung). Dies ist unbedingt zu empfehlen und in der Zahlung inbegriffen, die Sie laut „Gebührenerstattung" (regulär 50 €) zu leisten bereit sind. Sie können hier eine (bis zu drei) Vertrauensperson(en) benennen. ***Gesundheits-Bevollmächtigte*** haben die Aufgabe und sind gesetzlich verpflichtet, Ihren in der Patientenverfügung festgelegten Willen zur Geltung zu bringen.

In Deutschland dürfen auch ***Gesundheits-Bevollmächtigte*** nicht einfach eigenmächtig entscheiden, ob und wann lebensverlängernde Maßnahmen abzubrechen sind. Sie haben oft einen gewissen Ermessensspielraum, denn in einer ***Standard-Patientenverfügung*** werden nicht alle Situationen von Einsichtsunfähigkeit aufgeführt, sondern eben nur die Standard-Situationen. Diese beziehen sich auf ein humanes Sterben(-Lassen) am Lebensende. Es werden aber später auch Abwägungen zu treffen sein, da Krankheitsverläufe und Besserungsaussichten kaum eindeutig voraussehbar sind.

Die ***Gesundheitsvollmacht*** entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht Dritten gegenüber. Diese besagt grundsätzlich, dass über Ihren Gesundheitszustand nur Sie als Patient_in selbst informiert werden dürfen und keine andere Person – es sei denn, Sie hätten dies ausdrücklich erlaubt. Ohne ***Gesundheitsvollmacht*** haben z. B. auch Kinder oder Ehepartner kein automatisches Mitspracherecht am Krankenbett eines nicht mehr einwilligungsfähigen Familienmitglieds! Zur legitimen Vertretung müsste dann durch das Betreuungsgericht ein gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden. Das wird in der Regel eine Ihnen nahestehende Person sein, kann aber auch ein fremder Berufsbetreuer sein.

Die Wahl Ihrer ***Gesundheits-Bevollmächtigten*** – in der Regel Ehegatten oder Kinder – sollten Sie gut überlegen. Jedenfalls sollte vorher mit ihnen gesprochen werden – auch über Ihre Vorstellungen und Wünsche. Der oder die Bevollmächtigte für gesundheitliche Angelegenheiten wird aufgrund Ihrer Vorgaben auch darüber zu bestimmen haben, an welchem Ort (Krankenhaus, Pflegeheim, zu Hause oder ggf. Hospiz) Sie am besten aufgehoben sind. Allerdings gilt diese Befugnis erst, wenn Sie selbst einmal nicht (mehr) einsichts- oder entscheidungsfähig sein sollten.

Angaben zu Ihren Gesundheits-Bevollmächtigten

Sie können hier die Kontaktdaten Ihrer ***Gesundheits-Bevollmächtigten*** angeben, dann drucken wir sie in einer Gesundheitsvollmacht für Sie mit ein. Zusätzliche Kosten entstehen Ihnen dafür nicht, sofern Sie gleichzeitig eine ***Standard-Patientenverfügung*** in Auftrag geben.

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Ergänzend zur Gesundheitsvollmacht ist auch die vorsorgliche Regelung von nicht-medizinischen Angelegenheiten sinnvoll (siehe umseitig).

Angaben zu Ihren Bevollmächtigten für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten

Wir bieten Ihnen auch an, eine ***(Vorsorge-)Vollmacht**** für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten (ebenfalls in zweifacher Ausfertigung) zu erstellen und Ihnen mitzuschicken. Diese Vorsorge-Vollmacht verhindert, dass ein Betreuungsgericht einen „gesetzlichen Betreuer" für diesen Aufgabenbereich einsetzen muss. Die durch Sie benannten Bevollmächtigten vertreten Sie z.B. gegenüber Behörden, dürften für Sie Verträge abschließen bzw. kündigen und finanzielle Angelegenheiten regeln (für Bankgeschäfte ist allerdings eine gesonderte Kontovollmacht bei Ihrem Kreditinstitut erforderlich).

Auch bei den Bevollmächtigten für diese Angelegenheiten stellt sich neben der Vertrauensfrage die der speziellen Befähigung. Vielleicht kommen deshalb andere Personen in Frage als die, welche Ihren Willen zu medizinischen Behandlungen vertreten sollen.

Wenn es dieselben wie in der ***Gesundheitsvollmacht*** sein sollen, tragen Sie bitte „siehe umseitig" ein. **Wenn andere Personen eingesetzt werden sollen, geben Sie diese bitte im Folgenden an.**

Vor- und Zuname	*Adresse*	*Telefon(e)*
Vor- und Zuname	*Adresse*	*Telefon(e)*
Vor- und Zuname	*Adresse*	*Telefon(e)*

Schließlich möchten wir nicht versäumen, Ihnen zwei weitere Möglichkeiten zu nennen.

Wenn Sie sich bei der Wahl Ihrer Bevollmächtigten noch nicht sicher sind, senden wir Ihnen auch Blanko-Vollmachten zu (bitte ankreuzen). Diese können Sie dann selbst ausfüllen:

Ich wünsche

☐ eine Blanko-***Gesundheitsvollmacht*** für medizinische Angelegenheiten

☐ eine Blanko-***Vorsorge-Vollmacht*** für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten

Mögliche Alternative zur Vollmacht: Die Betreuungsverfügung

Wenn Sie keine Vertrauensperson haben, die als Bevollmächtigte in Frage kommt, wäre alternativ (!) eine **Betreuungsverfügung** möglich. Diese kann auch dann sinnvoll sein, wenn Sie die Regelungen z. B. Ihrer finanziellen Angelegenheiten lieber einer gerichtlichen Kontrolle unterstellen möchten. Hier können Sie z.B. einen Betreuungsverein Ihres Vertrauens einsetzen. Betreuer sind dem Gericht gegenüber immer berichts- und ggf. rechenschaftspflichtig. Zu diesen Fragen können Sie sich kostenfrei auch an eine Betreuungsbehörde oder einen Betreuungsverein in Ihrer Nähe wenden.

☐ Ich wünsche eine Betreuungsverfügung

** Zusätzliche Erläuterungen zu den genannten Vorsorgemöglichkeiten finden Sie auf der Rückseite der jeweiligen Vollmachten. Bitte lesen Sie diese durch, bevor Sie eine Unterschrift leisten.*

© Humanistischer Verband Deutschlands (HVD) Berlin 2017