

# Patientenschutz- und Vorsorgemappe

- › Persönliche Werteerklärung
- › **Patientenverfügung**
- › Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge
- › Generalvollmacht
- › Betreuungsverfügung
- › Meine persönlichen Wünsche für den Pflegefall
- › Notfall-Ausweis und Notfall-QR-Code
- › Einverständnis- und Datenschutzerklärung

## Erläuterungen und Hinweise zur Patientenschutzmappe

### ■■■■■ Persönliche Werteerklärung

Mit der persönlichen Werteerklärung sollte man sich idealerweise vor der Errichtung einer Patientenverfügung auseinandersetzen. Hier können anhand vorgegebener Fragestellungen „Noten“ von Eins bis Drei vergeben werden, also von „Wichtig“ bis „Überhaupt nicht wichtig“. Gerade wenn man sich über seine Einstellung zu Fragen der eigenen Leidensfähigkeit und zu Sterben und Tod nicht sicher ist, können diese Seiten eine Hilfe sein, sich darüber klar zu werden.

### ■■■■■ Patientenverfügung

#### 1. Wozu eine Patientenverfügung?

Mit einer Patientenverfügung legen Sie fest, wie Sie medizinisch behandelt bzw. nicht behandelt werden möchten, wenn Sie sich selbst nicht mehr äußern können. Sie erklären darin, welche medizinischen Maßnahmen Sie z. B. im Falle einer unheilbaren Krankheit für sich wünschen und welche Sie ablehnen. Die Patientenverfügung ist das wichtigste Vorsorgeinstrument zur Absicherung eines humanen und selbstbestimmten Sterbens. Als Mitglied der DGHS können Sie sich darauf verlassen, dass Ihr Selbstbestimmungsrecht notfalls vor Gericht durchgesetzt wird – der Rechtsschutz ist in der Mitgliedschaft inklusive.

Auf Wunsch unserer Mitglieder haben wir die Patientenverfügung für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung ergänzt. Hierbei gibt es drei Varianten, die Sie entsprechend auswählen und ausfüllen können.

#### 2. Kann ich meine Patientenverfügung ändern?

Mit einer Patientenverfügung legen Sie sich nicht ein für allemal fest. Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen. Die Verfügung selbst muss zwar in schriftlicher Form vorliegen, um gültig zu sein, ein Widerruf ist jedoch auch mündlich möglich. Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ergänzen, um sie einer geänderten Lebenssituation anzupassen. Spätestens dann, wenn der Arzt (im Folgenden wird der besseren Lesbarkeit zuliebe durchgehend das generische Maskulinum verwendet) oder die Ärztin bei Ihnen eine ernste, lebensbedrohliche Krankheit feststellt, sollten Sie überlegen, persönliche Ergänzungen vorzunehmen. Solche Ergänzungen hängen z. B. von der Erkrankung, der Prognose und dem zu erwartenden Krankheitsverlauf ab. Es empfiehlt sich, sie mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer behandelnden Ärztin und Ihrem Bevollmächtigten durchzusprechen.

#### 3. Bin ich an den vorgedruckten Text gebunden?

Der Text beruht mit mehr als 40-jähriger Erfahrung. Dennoch sind die Formulierungen lediglich Vorschläge der DGHS. Sie können Streichungen, Änderungen oder Ergänzungen entsprechend Ihren persönlichen Bedürfnissen vornehmen. Darüber hinaus können Sie, wenn Sie möchten, persönliche Anweisungen auf einem Beiblatt notieren. Änderungen oder Ergänzungen können sich allerdings auf den Rechtsschutz auswirken. Bitte lassen Sie diese deshalb durch die Geschäftsstelle prüfen. Änderungen sollten Sie immer mit Datum und Ihrem DGHS-Namen abzeichnen, damit klar ist, dass Sie diese persönlich vorgenommen haben.

**4. Wie lange ist eine Patientenverfügung gültig?**

Ihre Patientenverfügung ist unbegrenzt gültig, solange Sie sie nicht widerrufen.

**5. Muss die Patientenverfügung notariell beglaubigt werden?**

Nein, sie bedarf keiner Beglaubigung, um gültig zu sein. Sie können sie aber beglaubigen lassen. Die Beglaubigung durch den Notar ist kostenpflichtig.

**6. Bedarf es einer ärztlichen Beratung?**

Ihre Patientenverfügung ist auch ohne ärztliche Beratung wirksam. Es kann jedoch hilfreich sein, vor der Abfassung Ihrer Patientenverfügung ein ärztliches und/oder pflegerisches Gespräch über deren Inhalt, Umfang und Tragweite zu führen. Ist in der Patientenverfügung vermerkt, dass eine entsprechende Beratung stattgefunden hat, belegt das, dass Sie sich mit dem Für und Wider Ihrer Entscheidung sorgfältig auseinandergesetzt haben.

**7. Ist die Patientenverfügung rechtsverbindlich?**

In Deutschland ist eine Patientenverfügung rechtsverbindlich. Auch dann, wenn Sie zu einer eigenverantwortlichen Entscheidung nicht oder nicht mehr in der Lage sind, muss Ihre Patientenverfügung als Ausdruck Ihres fortwirkenden Selbstbestimmungsrechts von allen respektiert werden.

**8. Ist mein Bevollmächtigter bzw. mein Betreuer an meine Patientenverfügung gebunden?**

Auch der von Ihnen persönlich ausgewählte Bevollmächtigte bzw. der für Sie eingesetzte Betreuer ist an das gebunden, was Sie in der Patientenverfügung niedergelegt haben. Weder die einen noch die anderen dürfen von dem darin festgelegten Willen abweichen, auch dann nicht, wenn diese selbst Ihre Überzeugungen und Wünsche nicht teilen.

**9. Wo verbleibt meine Patientenverfügung?**

Sie erhalten von der Patientenverfügung drei Exemplare. Ein Exemplar sollten Sie bei der DGHS hinterlegen, damit sich die DGHS gegebenenfalls für Sie einsetzen kann (siehe auch Notfall-Ausweis und Notfall-QR-Code). Ein Exemplar ist für Sie selbst gedacht und eines für Ihren Bevollmächtigten. Für weitere Exemplare können Sie Kopien Ihrer Patientenverfügung erstellen. **Vergessen Sie dabei nicht, jedes Exemplar persönlich mit Ihrer Original-Unterschrift zu versehen.**

**■■■■■ Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge****1. Wozu eine Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge?**

In der Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, dafür zu sorgen, dass Ihre Patientenverfügung beachtet und Ihre darin festgelegten Behandlungs- bzw. Nichtbehandlungswünsche umgesetzt werden. Sie sollten sie immer zusätzlich zur Patientenverfügung ausfüllen. Gleichzeitig bevollmächtigen Sie diese Person damit, Sie in gesundheitlichen Belangen im gewünschten Umfang zu vertreten. **Bitte beachten Sie, dass Angehörige nicht automatisch bevollmächtigt sind. Damit sie Sie in gesundheitlichen Belangen vertreten können, müssen Sie sie ausdrücklich bevollmächtigen.**

**2. Wer kommt als Bevollmächtigter in Frage?**

Als Bevollmächtigten zur Gesundheitsfürsorge sollten Sie einen Menschen benennen, zu dem Sie uneingeschränktes Vertrauen haben. Mit Ihrem Bevollmächtigten sollten Sie vor Erstellung der Vorsorgevollmacht ein ausführliches Gespräch führen. Der Bevollmächtigte sollte Ihre Auffassun-

gen und Anweisungen kennen und sich zutrauen, diese umzusetzen.

Sie können auf Wunsch zusätzlich ein oder zwei Ersatzbevollmächtigte bestimmen, die tätig werden, wenn der Bevollmächtigte verhindert ist.

### **3. Wie verhält sich die Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge gegenüber der Betreuungsverfügung?**

Die Erteilung einer Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge hat wesentliche Vorteile gegenüber der Betreuungsverfügung (siehe dazu die Erläuterungen unten): Sie ist eine rein private Regelung, die keiner Genehmigung durch das Betreuungsgericht bedarf. Mit dieser Vollmacht kann der Bevollmächtigte sofort und ohne Zeitverlust Entscheidungen treffen. Außerdem darf das Betreuungsgericht für den betreffenden Aufgabenkreis (hier: Gesundheitsfürsorge) grundsätzlich keine Betreuung anordnen, solange Sie eine wirksame Vorsorgevollmacht erteilt haben.

#### **■■■■■ Generalvollmacht**

Die Generalvollmacht deckt Eventualitäten in allen Bereichen ab, sowohl im Gesundheitsbereich (z. B. Einwilligung in Operationen; Behandlungsabbruch), Vermögensbereich (z. B. Vermögensverwaltung) und in persönlichen Angelegenheiten (z. B. Wohnungsangelegenheiten; Post- und Fernmeldeverkehr; Beantragung von Renten, Pflegegraden, Sozialhilfe; Aufenthaltsbestimmung; Abschluss eines Heimvertrags). Die Generalvollmacht enthält die Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge zuzüglich Vollmachten zur Regelung der persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten. Ob Sie eine derart weitreichende Vollmacht ausfüllen, ist allein Ihnen vorbehalten.

#### **■■■■■ Betreuungsverfügung**

Die Betreuungsverfügung ist eine für das Betreuungsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Sie Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben machen. In der Betreuungsverfügung können Sie aber auch bestimmte Personen als Betreuer ausschließen. Sie sollten die Betreuungsverfügung nur dann ausfüllen, wenn Sie keine Person Ihres Vertrauens benennen können, der Sie eine Vorsorgevollmacht erteilen möchten.

Die Aufgaben eines gesetzlichen Betreuers entsprechen in etwa denen des früheren „Vormunds“. Betreuer werden vom Betreuungsgericht (früher „Vormundschaftsgericht“) eingesetzt, um die Angelegenheiten von Menschen zu regeln, die diese nicht oder nicht mehr selbst regeln können. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises (zum Beispiel Aufenthaltsbestimmungsrecht, Gesundheitsfürsorge, Vermögensangelegenheiten) für den Betreuten. Er hat sich stets am Wohl des Betreuten zu orientieren und darf keine Entscheidungen treffen, die erkennbar im Gegensatz zum Willen des Betreuten stehen.

Zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung gehört u. a. die Einholung eines ärztlichen Gutachtens, die Einholung eines Sozialberichts durch die Betreuungsbehörde sowie die persönliche Anhörung des Betroffenen durch das Betreuungsgericht. Im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht, die sofort wirksam wird, sobald der Vollmachtgeber nicht mehr geschäfts- bzw. einwilligungsfähig ist, benötigt dieses Verfahren Zeit.

Der Betreuer muss bestimmten gesetzlichen Vorgaben nachkommen. So muss er einmal jährlich beim Betreuungsgericht einen persönlichen Bericht über den Betreuten sowie gegebenenfalls eine Rechnungslegung bzw. Vermögensübersicht einreichen, die dann vom Betreuungsgericht geprüft wird. Des Weiteren braucht der Betreuer auch für weitere Rechtsgeschäfte die Genehmigung des Betreuungsgerichts, z. B. bei der Kündigung der Mietwohnung des Betreuten. Bevor die Genehmigung erteilt werden kann, ist wiederum ein gerichtliches Verfahren durchzuführen, welches ebenfalls Zeit kostet.

### ■■■■■ Meine persönlichen Wünsche für den Pflegefall

Auch dieses Formular hilft bei der Abklärung, wie jemand im Alter und bei Pflegebedürftigkeit wohnen und betreut werden möchte. Im Gegensatz zu einer Patientenverfügung sind die dort getätigten Äußerungen allerdings nicht einklagbar, sondern eben lediglich „Wünsche“. Diese Wünsche zu kennen, kann aber im Pflegefall für die Pflegenden wichtig sein.

### ■■■■■ Notfall-Ausweis und Notfall-QR-Code

Der Notfall-Ausweis ist ein Kärtchen im Scheckkartenformat. Er ermöglicht Ärzten, Krankenhäusern, stationären Einrichtungen und anderen Institutionen einen Online-Zugriff auf Ihre bei der DGHS hinterlegte Patientenverfügung und weitere, bei der DGHS hinterlegten Unterlagen unter <https://dmsweb.dghs.de> – jederzeit und überall.

Noch einfacher ist der Zugriff auf Ihre bei der DGHS hinterlegte Patientenverfügung und bei der DGHS hinterlegten Unterlagen mit dem Notfall-QR-Code: Dazu muss lediglich der QR-Code mit einem Smartphone eingescannt werden. Ihre Patientenverfügung wird sofort sichtbar. Voraussetzung für dieses Verfahren ist die Installation einer entsprechenden Anwendungs-Software (App) auf dem Smartphone derjenigen Person, die diese Unterlagen einsehen möchte.

### ■■■■■ Freitodverfügung

Die Freitodverfügung besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil haben Sie die Möglichkeit, zu dokumentieren, dass Sie sich mit der Möglichkeit, Ihr Leben gegebenenfalls durch eine Selbsttötung zu beenden, über einen längeren Zeitraum auseinandergesetzt haben. Im zweiten Teil haben Sie die Möglichkeit, in unmittelbarem Zusammenhang mit der Selbsttötung andere von der Verpflichtung zu verhinderndem oder rettendem Eingreifen zu befreien.

## Persönliche Werteerklärung

### Abklärung der Werte, die bei einer ärztlichen Behandlung entscheidend sein sollen

Diese persönliche Werteerklärung ist kein Teil der Patientenverfügung. Sie dient dazu, die Werte abzuklären, die aus Ihrer persönlichen Sicht bei einer ärztlichen Behandlung entscheidend sein sollen. Kreuzen Sie die von Ihnen gewünschte Bewertung nach der aktuellen Wichtigkeit (Zahlen 1 bis 3) deutlich an. Wägen Sie sorgfältig ab und diskutieren Sie diese Abwägungen mit einem Arzt Ihres Vertrauens sowie mit Ihrem Bevollmächtigten.

**Hinweis: Nicht jede Frage muss zwingend beantwortet werden.**

#### Wichtigkeit der Bewertung

1 = wichtig

2 = weniger wichtig

3 = überhaupt nicht wichtig

	1	2	3
1. Ich möchte über jede Diagnose und Prognose umfassend aufgeklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich möchte möglichst beschwerdefrei gehalten werden (dafür nehme ich in Kauf, dass ich möglicherweise nicht mehr bei klarem Verstand oder ansprechbar bin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin nicht gerne von anderen abhängig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich möchte nicht im Krankenhaus sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich möchte in der Sterbephase nicht allein sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich möchte, dass sich meine Ärzte auch bei einer psychiatrischen Erkrankung an meine in gesunden Tagen geäußerten Wertvorstellungen halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mir ist es wichtig, „unerledigte“ Dinge zu regeln, solange ich dazu fähig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mir ist es wichtig, dass meine Familie, Freunde und Andere meine Entscheidungen bezüglich medizinischer Behandlungen jetzt und in Zukunft unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3
9. Ich möchte so lange wie möglich leben			
- auch, wenn ich für immer bewusstlos bin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auch, wenn ich entscheidungsunfähig bin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auch, wenn ich schwer und unheilbar krank bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich möchte, dass meine weltanschauliche Überzeugung respektiert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Einschränkungen sind für mich so schwerwiegend, dass ich nicht mehr würde weiterleben wollen:**

- Wenn ich sehr starke Schmerzen habe, die durch Schmerzmittel nicht gelindert werden können.
- Wenn ich so entstellt bin, dass sich Menschen vor mir fürchten oder ekeln.
- Wenn ich meine Arme und Hände nicht mehr benutzen kann.
- Wenn ich vom Hals abwärts gelähmt bin.
- Wenn ich meine Körperbewegungen nicht mehr willentlich kontrollieren kann.
- Wenn ich meine Körperrauscheidungen wie Urin und Stuhl nicht mehr kontrollieren kann.
- Wenn ich nicht mehr selbständig leben kann.
- Wenn ich über längere Zeit Kot erbreche.
- Wenn ich nicht mehr selbständig atmen kann.
- Wenn ich nicht mehr klar denken kann.
- Wenn ich nicht mehr zu anderen Menschen in Kontakt treten kann.
- Wenn ich Wahnvorstellungen habe.
- Wenn ich mir vertraute Menschen nicht mehr erkenne.
- Wenn ich mich in mir vertrauter Umgebung nicht mehr orientieren kann.
  
- Wenn \_\_\_\_\_
- Wenn \_\_\_\_\_
- Wenn \_\_\_\_\_

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Persönliche Werteerklärung

### Abklärung der Werte, die bei einer ärztlichen Behandlung entscheidend sein sollen

Diese persönliche Werteerklärung ist kein Teil der Patientenverfügung. Sie dient dazu, die Werte abzuklären, die aus Ihrer persönlichen Sicht bei einer ärztlichen Behandlung entscheidend sein sollen. Kreuzen Sie die von Ihnen gewünschte Bewertung nach der aktuellen Wichtigkeit (Zahlen 1 bis 3) deutlich an. Wägen Sie sorgfältig ab und diskutieren Sie diese Abwägungen mit einem Arzt Ihres Vertrauens sowie mit Ihrem Bevollmächtigten.

**Hinweis: Nicht jede Frage muss zwingend beantwortet werden.**

#### Wichtigkeit der Bewertung

1 = wichtig

2 = weniger wichtig

3 = überhaupt nicht wichtig

	1	2	3
1. Ich möchte über jede Diagnose und Prognose umfassend aufgeklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich möchte möglichst beschwerdefrei gehalten werden (dafür nehme ich in Kauf, dass ich möglicherweise nicht mehr bei klarem Verstand oder ansprechbar bin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin nicht gerne von anderen abhängig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich möchte nicht im Krankenhaus sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich möchte in der Sterbephase nicht allein sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich möchte, dass sich meine Ärzte auch bei einer psychiatrischen Erkrankung an meine in gesunden Tagen geäußerten Wertvorstellungen halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mir ist es wichtig, „unerledigte“ Dinge zu regeln, solange ich dazu fähig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mir ist es wichtig, dass meine Familie, Freunde und Andere meine Entscheidungen bezüglich medizinischer Behandlungen jetzt und in Zukunft unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	1	2	3
9. Ich möchte so lange wie möglich leben			
- auch, wenn ich für immer bewusstlos bin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auch, wenn ich entscheidungsunfähig bin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auch, wenn ich schwer und unheilbar krank bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich möchte, dass meine weltanschauliche Überzeugung respektiert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Einschränkungen sind für mich so schwerwiegend, dass ich nicht mehr würde weiterleben wollen:**

- Wenn ich sehr starke Schmerzen habe, die durch Schmerzmittel nicht gelindert werden können.
- Wenn ich so entstellt bin, dass sich Menschen vor mir fürchten oder ekeln.
- Wenn ich meine Arme und Hände nicht mehr benutzen kann.
- Wenn ich vom Hals abwärts gelähmt bin.
- Wenn ich meine Körperbewegungen nicht mehr willentlich kontrollieren kann.
- Wenn ich meine Körperauscheidungen wie Urin und Stuhl nicht mehr kontrollieren kann.
- Wenn ich nicht mehr selbständig leben kann.
- Wenn ich über längere Zeit Kot erbreche.
- Wenn ich nicht mehr selbständig atmen kann.
- Wenn ich nicht mehr klar denken kann.
- Wenn ich nicht mehr zu anderen Menschen in Kontakt treten kann.
- Wenn ich Wahnvorstellungen habe.
- Wenn ich mir vertraute Menschen nicht mehr erkenne.
- Wenn ich mich in mir vertrauter Umgebung nicht mehr orientieren kann.
  
- Wenn \_\_\_\_\_
- Wenn \_\_\_\_\_
- Wenn \_\_\_\_\_

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Persönliche Werteerklärung

### Abklärung der Werte, die bei einer ärztlichen Behandlung entscheidend sein sollen

Diese persönliche Werteerklärung ist kein Teil der Patientenverfügung. Sie dient dazu, die Werte abzuklären, die aus Ihrer persönlichen Sicht bei einer ärztlichen Behandlung entscheidend sein sollen. Kreuzen Sie die von Ihnen gewünschte Bewertung nach der aktuellen Wichtigkeit (Zahlen 1 bis 3) deutlich an. Wägen Sie sorgfältig ab und diskutieren Sie diese Abwägungen mit einem Arzt Ihres Vertrauens sowie mit Ihrem Bevollmächtigten.

**Hinweis: Nicht jede Frage muss zwingend beantwortet werden.**

#### Wichtigkeit der Bewertung

1 = wichtig

2 = weniger wichtig

3 = überhaupt nicht wichtig

	1	2	3
1. Ich möchte über jede Diagnose und Prognose umfassend aufgeklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich möchte möglichst beschwerdefrei gehalten werden (dafür nehme ich in Kauf, dass ich möglicherweise nicht mehr bei klarem Verstand oder ansprechbar bin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin nicht gerne von anderen abhängig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich möchte nicht im Krankenhaus sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich möchte in der Sterbephase nicht allein sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich möchte, dass sich meine Ärzte auch bei einer psychiatrischen Erkrankung an meine in gesunden Tagen geäußerten Wertvorstellungen halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mir ist es wichtig, „unerledigte“ Dinge zu regeln, solange ich dazu fähig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mir ist es wichtig, dass meine Familie, Freunde und Andere meine Entscheidungen bezüglich medizinischer Behandlungen jetzt und in Zukunft unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3
9. Ich möchte so lange wie möglich leben			
- auch, wenn ich für immer bewusstlos bin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auch, wenn ich entscheidungsunfähig bin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auch, wenn ich schwer und unheilbar krank bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich möchte, dass meine weltanschauliche Überzeugung respektiert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Einschränkungen sind für mich so schwerwiegend, dass ich nicht mehr würde weiterleben wollen:**

- Wenn ich sehr starke Schmerzen habe, die durch Schmerzmittel nicht gelindert werden können.
- Wenn ich so entstellt bin, dass sich Menschen vor mir fürchten oder ekeln.
- Wenn ich meine Arme und Hände nicht mehr benutzen kann.
- Wenn ich vom Hals abwärts gelähmt bin.
- Wenn ich meine Körperbewegungen nicht mehr willentlich kontrollieren kann.
- Wenn ich meine Körperrauscheidungen wie Urin und Stuhl nicht mehr kontrollieren kann.
- Wenn ich nicht mehr selbständig leben kann.
- Wenn ich über längere Zeit Kot erbreche.
- Wenn ich nicht mehr selbständig atmen kann.
- Wenn ich nicht mehr klar denken kann.
- Wenn ich nicht mehr zu anderen Menschen in Kontakt treten kann.
- Wenn ich Wahnvorstellungen habe.
- Wenn ich mir vertraute Menschen nicht mehr erkenne.
- Wenn ich mich in mir vertrauter Umgebung nicht mehr orientieren kann.
  
- Wenn \_\_\_\_\_
- Wenn \_\_\_\_\_
- Wenn \_\_\_\_\_

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Patientenverfügung

### I. Personalien

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

dieser Patientenverfügung Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Ihm habe ich auch eine Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge bzw. eine Generalvollmacht erteilt.

Ja Nein

Falls der oben genannte Bevollmächtigte verhindert sein sollte, soll an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ersatzweise sollte an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diese Person ist beauftragt, meinen Willen durchzusetzen. Für den Fall, dass ich DGHS-Mitglied bin, kann sie für mich bei der DGHS um Rechtsbeistand nachsuchen.

Meine Patientenverfügung ist in der DGHS-Zentrale für  
Patientenschutz hinterlegt. Ja  Nein

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine  
Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar. Ja  Nein

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten, urteilsfähig und entscheidungsfähig. Ich will mit dieser Patientenverfügung meinem Selbstbestimmungsrecht Geltung verschaffen und Vorsorge treffen für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.

## II. Anweisungen an die mich behandelnden Ärzte und Pflegekräfte

Ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes oder umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann und ist meine Krankheit so weit fortgeschritten, dass keine Besserung meines Zustands zu erwarten ist (zum Beispiel infolge von Schlaganfall, Demenz, Wachkoma, Locked-in-Syndrom oder unumkehrbarer Hirnschädigung), so lehne ich alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Verlängerung meines Lebens ab. Dies soll auch dann gelten, wenn diese bereits eingeleitet wurden. Ich möchte nicht mit schwersten geistigen oder körperlichen Schäden als Pflegefall am Leben gehalten werden.

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Unter solchen geistigen und/oder körperlichen Schäden verstehe ich zum Beispiel:

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Umfassende und andauernde Pflegebedürftigkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fortschreitende geistige Verwirrtheit, zum Beispiel durch Demenzerkrankung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwere, dauerhafte Schädigung der Gehirnfunktion, zum Beispiel durch Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Koma oder Wachkoma mit geringer Wahrscheinlichkeit einer Besserung oder eines Erwachens ohne schwere Folgeschäden, die ein selbstständiges Leben unmöglich machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Unerträgliche Schmerzen, die nur durch Ausschaltung des Bewusstseins beherrscht werden können   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bewegungsunfähigkeit, zum Beispiel durch Locked-in-Syndrom oder hohe Querschnittslähmung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Verlust der Fähigkeit, auch bei ausdauernder Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Ausfall mehrerer Sinnesorgane, wie beispielsweise Seh- und Hörvermögen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Verlust von lebenswichtigen Organfunktionen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich mich im Sterbeprozess befinde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

- |         |                          |                          |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In vergleichbaren, hier nicht ausdrücklich erwähnten Situationen soll entsprechend verfahren werden.

**Ja**      **Nein**      

Liegt einer der auf Seite 3 mit „Ja“ angekreuzten Fälle oder ein vergleichbarer Fall vor, verlange ich, dass die folgenden ärztlichen Behandlungen, Eingriffe und lebenserhaltenden Maßnahmen sowie die sich hierauf beziehenden pflegerischen Maßnahmen unterlassen werden.

Ich untersage: *Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Wiederbelebensmaßnahmen im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes von mehr als 3 Minuten bzw. Abbruch bereits eingeleiteter Wiederbelebensmaßnahmen
- Künstliche Beatmung
- Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch Infusion oder Sonde
- Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen
- Blut- oder Bauchfell-Dialyse
- Behandlung mit Antibiotika oder Chemotherapeutika oder andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung
- Amputationen oder andere chirurgische Eingriffe mit dem Ziel der Lebensverlängerung
- Diagnostische und therapeutische Eingriffe

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ich verbiete die oben aufgeführten Maßnahmen auch für den Fall, dass zu einer unumkehrbaren Grunderkrankung eine oder mehrere Folgeerkrankungen hinzukommen wie zum Beispiel Blutvergiftung, Lungenentzündung, Multiorganversagen oder Ähnliches. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind unverzüglich abubrechen.

Sollten oben abgelehnte oder ähnliche Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, bestehe ich auf Abbruch dieser Maßnahmen. Dies schließt auch das Abstellen implantierter Geräte zur Lebenserhaltung ein, zum Beispiel Herzschrittmacher oder Defibrillator.

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Für den Zeitraum zwischen dem Abbruch dieser Maßnahmen und dem Eintritt meines Todes verlange ich eine angemessene Behandlung zur Schmerz- oder Leidenslinderung. Hierzu gehört auch eine palliative Sedierung\*.

Ja                       Nein

Sollten Ärzte die zuvor untersagten Maßnahmen/Behandlungen durchführen wollen, weil sie annehmen, dass damit meine Fähigkeit zu einer bewussten Entscheidung wieder hergestellt werden kann, untersage ich dies dennoch.

Ja                       Nein

Ich bin mir bewusst, dass es Situationen geben kann, in denen mein in dieser Verfügung geäußertes Wille eventuell nicht mit meinen Gesten, Blicken, einzelnen Worten oder anderen Äußerungen übereinstimmt. Diese Situationen können bei schwerer Demenz oder in einem anderen Zustand eintreten, in dem ich nicht ausreichend urteils- oder äußerungsfähig bin. Auch in diesen Fällen ist genauestens nach meiner Patientenverfügung zu verfahren. Anderslautende Willensbekundungen sollen nicht beachtet werden.

Ja                       Nein

Ich lehne Heilversuche an meinem Körper ab, auch wenn dadurch eine Chance auf Heilung bestehen könnte.

Ja                       Nein

Ich lehne jegliche Forschung an meinem Körper ab, in die ich nicht zuvor in einem Zustand der Einwilligungsfähigkeit eingewilligt habe.

Ja                       Nein

### Verfügung zur Organspende

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Ich bin Organspender

Ja                       Nein

**Bitte nächsten Abschnitt nur beantworten, wenn bei Organspende Ja angekreuzt wurde.**

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Hirntods) bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich die kurzfristige, bis höchstens fünf Tage umfassende Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Feststellung des Hirntods und zur anschließenden Entnahme von Organen.

Ja                       Nein

\* Ausschaltung des Bewusstseins mit Hilfe von Medikamenten, um Schmerzen und Angst zu lindern.



### III. Abschließende Bemerkungen

Ich entbinde Ärzte und Pflegende von ihrer Schweigepflicht und verpflichte sie, meinen Bevollmächtigten unverzüglich zu kontaktieren und umfassend zu informieren. Sämtliche Maßnahmen sind mit ihm zu besprechen.

Dieser Patientenverfügung liegt meine persönliche Werterklärung bei.

Ja

Nein

Die in dieser Patientenverfügung getroffenen Festlegungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und sind Ausdruck meiner ethischen Grundeinstellung zu einem möglichen Autonomieverlust und zu Fragen eines Behandlungsabbruchs.

Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, will ich lieber sterben als ein Leben in vollständiger Abhängigkeit zu führen oder zu einem Weiterleben gezwungen zu werden, das nicht mehr meiner persönlichen Vorstellung von Würde und Lebensqualität entspricht.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

Aktualisierung (zu einem späteren Zeitpunkt, z. B. nach ein bis zwei Jahren):

Ich stehe nach wie vor zu meiner Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

**Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung  
für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 1:****Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!****I. Personalien**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Ablehnung der künstlichen Beatmung**

Ich verbiete grundsätzlich jegliche Art der künstlichen Beatmung (nichtinvasiv wie auch invasiv).  
Parallel verlange ich eine optimale palliative Behandlung, die mir ein sanftes Sterben mit  
friedlichem Einschlafen ohne Ersticken gefühle ermöglichen soll.

*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

**Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung  
für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 2:****Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!****I. Personalien**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Künstliche Beatmung inkl. Intubation**Ich möchte intensivmedizinisch behandelt werden inklusive Intubation mit künstlichem Koma,  
bitte aber vorher um ein Aufklärungsgespräch über Erfolgsaussichten und Risiken.*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

**Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung  
für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 3:****Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!****I. Personalien**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Künstliche Beatmung unter bestimmten Voraussetzungen**

Im Falle einer Covid-19-Infektion lehne ich eine invasive Beatmung durch Intubation mit künstlichem Koma ab.

Bei Sauerstoffmangel stimme ich einem nicht invasiven Beatmungs-Versuch mit einer Sauerstoffzufuhr über Maske oder Nasen-Brille oder Kopfhaube zu.

Bei ausbleibendem Erfolg bitte ich um eine umfassende palliative Therapie, um meine Schmerzen und Beschwerden, vor allem das Erstickungsgefühl, bestmöglich zu lindern. Die damit verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf. Einen Reanimationsversuch lehne ich ausdrücklich ab.

*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

## Patientenverfügung

### I. Personalien

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

dieser Patientenverfügung Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Ihm habe ich auch eine Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge bzw. eine Generalvollmacht erteilt.

Ja Nein

Falls der oben genannte Bevollmächtigte verhindert sein sollte, soll an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ersatzweise sollte an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diese Person ist beauftragt, meinen Willen durchzusetzen. Für den Fall, dass ich DGHS-Mitglied bin, kann sie für mich bei der DGHS um Rechtsbeistand nachsuchen.

Meine Patientenverfügung ist in der DGHS-Zentrale für  
Patientenschutz hinterlegt. Ja  Nein

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine  
Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar. Ja  Nein

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten, urteilsfähig und entscheidungsfähig. Ich will mit dieser Patientenverfügung meinem Selbstbestimmungsrecht Geltung verschaffen und Vorsorge treffen für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.

## II. Anweisungen an die mich behandelnden Ärzte und Pflegekräfte

Ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes oder umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann und ist meine Krankheit so weit fortgeschritten, dass keine Besserung meines Zustands zu erwarten ist (zum Beispiel infolge von Schlaganfall, Demenz, Wachkoma, Locked-in-Syndrom oder unumkehrbarer Hirnschädigung), so lehne ich alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Verlängerung meines Lebens ab. Dies soll auch dann gelten, wenn diese bereits eingeleitet wurden. Ich möchte nicht mit schwersten geistigen oder körperlichen Schäden als Pflegefall am Leben gehalten werden.

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Unter solchen geistigen und/oder körperlichen Schäden verstehe ich zum Beispiel:

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Umfassende und andauernde Pflegebedürftigkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fortschreitende geistige Verwirrtheit, zum Beispiel durch Demenzerkrankung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwere, dauerhafte Schädigung der Gehirnfunktion, zum Beispiel durch Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Koma oder Wachkoma mit geringer Wahrscheinlichkeit einer Besserung oder eines Erwachens ohne schwere Folgeschäden, die ein selbstständiges Leben unmöglich machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Unerträgliche Schmerzen, die nur durch Ausschaltung des Bewusstseins beherrscht werden können   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bewegungsunfähigkeit, zum Beispiel durch Locked-in-Syndrom oder hohe Querschnittslähmung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Verlust der Fähigkeit, auch bei ausdauernder Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Ausfall mehrerer Sinnesorgane, wie beispielsweise Seh- und Hörvermögen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Verlust von lebenswichtigen Organfunktionen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich mich im Sterbeprozess befinde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

- |         |                          |                          |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In vergleichbaren, hier nicht ausdrücklich erwähnten Situationen soll entsprechend verfahren werden.

**Ja**      **Nein**      

Liegt einer der auf Seite 3 mit „Ja“ angekreuzten Fälle oder ein vergleichbarer Fall vor, verlange ich, dass die folgenden ärztlichen Behandlungen, Eingriffe und lebenserhaltenden Maßnahmen sowie die sich hierauf beziehenden pflegerischen Maßnahmen unterlassen werden.

Ich untersage: *Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Wiederbelebungsmaßnahmen im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes von mehr als 3 Minuten bzw. Abbruch bereits eingeleiteter Wiederbelebungsmaßnahmen
- Künstliche Beatmung
- Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch Infusion oder Sonde
- Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen
- Blut- oder Bauchfell-Dialyse
- Behandlung mit Antibiotika oder Chemotherapeutika oder andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung
- Amputationen oder andere chirurgische Eingriffe mit dem Ziel der Lebensverlängerung
- Diagnostische und therapeutische Eingriffe

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ich verbiete die oben aufgeführten Maßnahmen auch für den Fall, dass zu einer unumkehrbaren Grunderkrankung eine oder mehrere Folgeerkrankungen hinzukommen wie zum Beispiel Blutvergiftung, Lungenentzündung, Multiorganversagen oder Ähnliches. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind unverzüglich abubrechen.

Sollten oben abgelehnte oder ähnliche Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, bestehe ich auf Abbruch dieser Maßnahmen. Dies schließt auch das Abstellen implantierter Geräte zur Lebenserhaltung ein, zum Beispiel Herzschrittmacher oder Defibrillator.



*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Für den Zeitraum zwischen dem Abbruch dieser Maßnahmen und dem Eintritt meines Todes verlange ich eine angemessene Behandlung zur Schmerz- oder Leidenslinderung. Hierzu gehört auch eine palliative Sedierung\*.

Ja                       Nein

Sollten Ärzte die zuvor untersagten Maßnahmen/Behandlungen durchführen wollen, weil sie annehmen, dass damit meine Fähigkeit zu einer bewussten Entscheidung wieder hergestellt werden kann, untersage ich dies dennoch.

Ja                       Nein

Ich bin mir bewusst, dass es Situationen geben kann, in denen mein in dieser Verfügung geäußertes Wille eventuell nicht mit meinen Gesten, Blicken, einzelnen Worten oder anderen Äußerungen übereinstimmt. Diese Situationen können bei schwerer Demenz oder in einem anderen Zustand eintreten, in dem ich nicht ausreichend urteils- oder äußerungsfähig bin. Auch in diesen Fällen ist genauestens nach meiner Patientenverfügung zu verfahren. Anderslautende Willensbekundungen sollen nicht beachtet werden.

Ja                       Nein

Ich lehne Heilversuche an meinem Körper ab, auch wenn dadurch eine Chance auf Heilung bestehen könnte.

Ja                       Nein

Ich lehne jegliche Forschung an meinem Körper ab, in die ich nicht zuvor in einem Zustand der Einwilligungsfähigkeit eingewilligt habe.

Ja                       Nein

### Verfügung zur Organspende

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Ich bin Organspender

Ja                       Nein

**Bitte nächsten Abschnitt nur beantworten, wenn bei Organspende Ja angekreuzt wurde.**

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Hirntods) bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich die kurzfristige, bis höchstens fünf Tage umfassende Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Feststellung des Hirntods und zur anschließenden Entnahme von Organen.

Ja                       Nein

\* Ausschaltung des Bewusstseins mit Hilfe von Medikamenten, um Schmerzen und Angst zu lindern.

### III. Abschließende Bemerkungen

Ich entbinde Ärzte und Pflegende von ihrer Schweigepflicht und verpflichte sie, meinen Bevollmächtigten unverzüglich zu kontaktieren und umfassend zu informieren. Sämtliche Maßnahmen sind mit ihm zu besprechen.

Dieser Patientenverfügung liegt meine persönliche Werterklärung bei.

Ja

Nein

Die in dieser Patientenverfügung getroffenen Festlegungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und sind Ausdruck meiner ethischen Grundeinstellung zu einem möglichen Autonomieverlust und zu Fragen eines Behandlungsabbruchs.

Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, will ich lieber sterben als ein Leben in vollständiger Abhängigkeit zu führen oder zu einem Weiterleben gezwungen zu werden, das nicht mehr meiner persönlichen Vorstellung von Würde und Lebensqualität entspricht.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

Aktualisierung (zu einem späteren Zeitpunkt, z. B. nach ein bis zwei Jahren):

Ich stehe nach wie vor zu meiner Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

**Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung  
für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 1:****Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!****I. Personalien**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Ablehnung der künstlichen Beatmung**

Ich verbiete grundsätzlich jegliche Art der künstlichen Beatmung (nichtinvasiv wie auch invasiv). Parallel verlange ich eine optimale palliative Behandlung, die mir ein sanftes Sterben mit friedlichem Einschlafen ohne Erstickungsgefühle ermöglichen soll.

*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift



Für die DGHS

## Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 2:

**Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!**

### I. Personalien

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

### Künstliche Beatmung inkl. Intubation

Ich möchte intensivmedizinisch behandelt werden inklusive Intubation mit künstlichem Koma, bitte aber vorher um ein Aufklärungsgespräch über Erfolgsaussichten und Risiken.

*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

**Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung  
für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 3:****Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!****I. Personalien**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Künstliche Beatmung unter bestimmten Voraussetzungen**

Im Falle einer Covid-19-Infektion lehne ich eine invasive Beatmung durch Intubation mit künstlichem Koma ab.

Bei Sauerstoffmangel stimme ich einem nicht invasiven Beatmungs-Versuch mit einer Sauerstoffzufuhr über Maske oder Nasen-Brille oder Kopfhaube zu.

Bei ausbleibendem Erfolg bitte ich um eine umfassende palliative Therapie, um meine Schmerzen und Beschwerden, vor allem das Erstickungsgefühl, bestmöglich zu lindern. Die damit verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf. Einen Reanimationsversuch lehne ich ausdrücklich ab.

*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

## Patientenverfügung

### I. Personalien

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

dieser Patientenverfügung Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Ihm habe ich auch eine Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge bzw. eine Generalvollmacht erteilt.

Ja Nein

Falls der oben genannte Bevollmächtigte verhindert sein sollte, soll an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ersatzweise sollte an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diese Person ist beauftragt, meinen Willen durchzusetzen. Für den Fall, dass ich DGHS-Mitglied bin, kann sie für mich bei der DGHS um Rechtsbeistand nachsuchen.

Meine Patientenverfügung ist in der DGHS-Zentrale für Patientenschutz hinterlegt. Ja  Nein

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar. Ja  Nein

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten, urteilsfähig und entscheidungsfähig. Ich will mit dieser Patientenverfügung meinem Selbstbestimmungsrecht Geltung verschaffen und Vorsorge treffen für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.

## II. Anweisungen an die mich behandelnden Ärzte und Pflegekräfte

Ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes oder umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann und ist meine Krankheit so weit fortgeschritten, dass keine Besserung meines Zustands zu erwarten ist (zum Beispiel infolge von Schlaganfall, Demenz, Wachkoma, Locked-in-Syndrom oder unumkehrbarer Hirnschädigung), so lehne ich alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Verlängerung meines Lebens ab. Dies soll auch dann gelten, wenn diese bereits eingeleitet wurden. Ich möchte nicht mit schwersten geistigen oder körperlichen Schäden als Pflegefall am Leben gehalten werden.

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Unter solchen geistigen und/oder körperlichen Schäden verstehe ich zum Beispiel:

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Umfassende und andauernde Pflegebedürftigkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fortschreitende geistige Verwirrtheit, zum Beispiel durch Demenzerkrankung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwere, dauerhafte Schädigung der Gehirnfunktion, zum Beispiel durch Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Koma oder Wachkoma mit geringer Wahrscheinlichkeit einer Besserung oder eines Erwachens ohne schwere Folgeschäden, die ein selbstständiges Leben unmöglich machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Unerträgliche Schmerzen, die nur durch Ausschaltung des Bewusstseins beherrscht werden können   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bewegungsunfähigkeit, zum Beispiel durch Locked-in-Syndrom oder hohe Querschnittslähmung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Verlust der Fähigkeit, auch bei ausdauernder Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Ausfall mehrerer Sinnesorgane, wie beispielsweise Seh- und Hörvermögen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dauerhafter Verlust von lebenswichtigen Organfunktionen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich mich im Sterbeprozess befinde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

- |         |                          |                          |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



In vergleichbaren, hier nicht ausdrücklich erwähnten Situationen soll entsprechend verfahren werden.

**Ja**      **Nein**      

Liegt einer der auf Seite 3 mit „Ja“ angekreuzten Fälle oder ein vergleichbarer Fall vor, verlange ich, dass die folgenden ärztlichen Behandlungen, Eingriffe und lebenserhaltenden Maßnahmen sowie die sich hierauf beziehenden pflegerischen Maßnahmen unterlassen werden.

Ich untersage: *Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Wiederbelebungsmaßnahmen im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes von mehr als 3 Minuten bzw. Abbruch bereits eingeleiteter Wiederbelebungsmaßnahmen
- Künstliche Beatmung
- Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch Infusion oder Sonde
- Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen
- Blut- oder Bauchfell-Dialyse
- Behandlung mit Antibiotika oder Chemotherapeutika oder andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung
- Amputationen oder andere chirurgische Eingriffe mit dem Ziel der Lebensverlängerung
- Diagnostische und therapeutische Eingriffe

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ich verbiete die oben aufgeführten Maßnahmen auch für den Fall, dass zu einer unumkehrbaren Grunderkrankung eine oder mehrere Folgeerkrankungen hinzukommen wie zum Beispiel Blutvergiftung, Lungenentzündung, Multiorganversagen oder Ähnliches. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind unverzüglich abubrechen.

Sollten oben abgelehnte oder ähnliche Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, bestehe ich auf Abbruch dieser Maßnahmen. Dies schließt auch das Abstellen implantierter Geräte zur Lebenserhaltung ein, zum Beispiel Herzschrittmacher oder Defibrillator.

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Für den Zeitraum zwischen dem Abbruch dieser Maßnahmen und dem Eintritt meines Todes verlange ich eine angemessene Behandlung zur Schmerz- oder Leidenslinderung. Hierzu gehört auch eine palliative Sedierung\*.

Ja                       Nein

Sollten Ärzte die zuvor untersagten Maßnahmen/Behandlungen durchführen wollen, weil sie annehmen, dass damit meine Fähigkeit zu einer bewussten Entscheidung wieder hergestellt werden kann, untersage ich dies dennoch.

Ja                       Nein

Ich bin mir bewusst, dass es Situationen geben kann, in denen mein in dieser Verfügung geäußertes Wille eventuell nicht mit meinen Gesten, Blicken, einzelnen Worten oder anderen Äußerungen übereinstimmt. Diese Situationen können bei schwerer Demenz oder in einem anderen Zustand eintreten, in dem ich nicht ausreichend urteils- oder äußerungsfähig bin. Auch in diesen Fällen ist genauestens nach meiner Patientenverfügung zu verfahren. Anderslautende Willensbekundungen sollen nicht beachtet werden.

Ja                       Nein

Ich lehne Heilversuche an meinem Körper ab, auch wenn dadurch eine Chance auf Heilung bestehen könnte.

Ja                       Nein

Ich lehne jegliche Forschung an meinem Körper ab, in die ich nicht zuvor in einem Zustand der Einwilligungsfähigkeit eingewilligt habe.

Ja                       Nein

### Verfügung zur Organspende

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Ich bin Organspender

Ja                       Nein

**Bitte nächsten Abschnitt nur beantworten, wenn bei Organspende Ja angekreuzt wurde.**

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Hirntods) bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich die kurzfristige, bis höchstens fünf Tage umfassende Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Feststellung des Hirntods und zur anschließenden Entnahme von Organen.

Ja                       Nein

\* Ausschaltung des Bewusstseins mit Hilfe von Medikamenten, um Schmerzen und Angst zu lindern.

### III. Abschließende Bemerkungen

Ich entbinde Ärzte und Pflegende von ihrer Schweigepflicht und verpflichte sie, meinen Bevollmächtigten unverzüglich zu kontaktieren und umfassend zu informieren. Sämtliche Maßnahmen sind mit ihm zu besprechen.

Dieser Patientenverfügung liegt meine persönliche Werterklärung bei.

Ja

Nein

Die in dieser Patientenverfügung getroffenen Festlegungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und sind Ausdruck meiner ethischen Grundeinstellung zu einem möglichen Autonomieverlust und zu Fragen eines Behandlungsabbruchs.

Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, will ich lieber sterben als ein Leben in vollständiger Abhängigkeit zu führen oder zu einem Weiterleben gezwungen zu werden, das nicht mehr meiner persönlichen Vorstellung von Würde und Lebensqualität entspricht.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

Aktualisierung (zu einem späteren Zeitpunkt, z. B. nach ein bis zwei Jahren):

Ich stehe nach wie vor zu meiner Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden



Für den Bevollmächtigten

## Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 1:

**Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!**

### I. Personalien

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

### Ablehnung der künstlichen Beatmung

Ich verbiete grundsätzlich jegliche Art der künstlichen Beatmung (nichtinvasiv wie auch invasiv). Parallel verlange ich eine optimale palliative Behandlung, die mir ein sanftes Sterben mit friedlichem Einschlafen ohne Erstickungsgefühle ermöglichen soll.

*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift



Für den Bevollmächtigten

**Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung  
für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 2:**

**Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!**

**I. Personalien**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Künstliche Beatmung inkl. Intubation**

Ich möchte intensivmedizinisch behandelt werden inklusive Intubation mit künstlichem Koma, bitte aber vorher um ein Aufklärungsgespräch über Erfolgsaussichten und Risiken.

*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

**Aktuelle Ergänzung meiner Patientenverfügung  
für den Fall einer schweren Corona-Virus-Erkrankung (Covid 19) / Variante 3:****Hinweis: Bitte nur eine der drei Varianten ausfüllen!****I. Personalien**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Künstliche Beatmung unter bestimmten Voraussetzungen**

Im Falle einer Covid-19-Infektion lehne ich eine invasive Beatmung durch Intubation mit künstlichem Koma ab.

Bei Sauerstoffmangel stimme ich einem nicht invasiven Beatmungs-Versuch mit einer Sauerstoffzufuhr über Maske oder Nasen-Brille oder Kopfhaube zu.

Bei ausbleibendem Erfolg bitte ich um eine umfassende palliative Therapie, um meine Schmerzen und Beschwerden, vor allem das Erstickungsgefühl, bestmöglich zu lindern. Die damit verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf. Einen Reanimationsversuch lehne ich ausdrücklich ab.

*Aktuelles Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen!*\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

## Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge

**Hinweis: Wenn Sie eine Generalvollmacht erteilen, brauchen Sie diese Vollmacht nicht auszufüllen.**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich (wir raten dringendst, hier dieselbe Person einzutragen, die Sie in der Patientenverfügung auf Seite 1 benannt haben)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, mich in allen Angelegenheiten, soweit sie meine Gesundheit betreffen, zu vertreten.

Falls der oben genannte Bevollmächtigte verhindert sein sollte, soll an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ersatzweise sollte an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mit dieser Vollmacht soll die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers vermieden werden. Darüber hinaus wünsche ich, dass der Bevollmächtigte auch mein gesetzlicher Betreuer für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

Mein Bevollmächtigter kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige ihn, über sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und über Heilbehandlungen zu entscheiden, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich infolge dieser Maßnahmen sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 BGB).



**Die Bevollmächtigung umfasst:**

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn das Grundleiden einen unumkehrbaren Verlauf genommen hat und ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse. Dazu sind meine Ausführungen in meiner Patientenverfügung genauestens zu befolgen.
- Entscheidungen über die Verabreichung von Medikamenten, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder gar eine Lebensverkürzung zur Folge haben oder haben können.
- Entscheidungen darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden Zustand der Bewusstlosigkeit (zum Beispiel Wachkoma) eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr eingeleitet oder abgebrochen werden soll.
- Entscheidungen in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens.
- Bestimmung meines Aufenthalts, auch in einer stationären Einrichtung, einem Hospiz, einer psychiatrischen Klinik, einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung.
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 BGB, also z. B. eine freiheitsentziehende Unterbringung, die zu meinem Wohl erforderlich ist,
  - weil aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass ich mich selbst töte oder erhebliche Gefahr besteht, dass ich mir gesundheitlichen Schaden zufüge, oder
  - weil eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig sind, welche ohne meine freiheitsentziehende Unterbringung nicht durchgeführt werden können, und ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich beispielsweise in einer Klinik oder einer ambulanten oder stationären Versorgungseinrichtung (z. B. betreute Wohngruppen, Alten- und Pflegeheim etc.) aufhalte, ohne dort zwangsweise untergebracht zu sein, und mir die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durch mechanische Vorrichtungen (z. B. Bettgitter, Fixierungen), Medikamente oder auf andere Weise entzogen werden soll.

Der Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch bereits getroffene Entscheidungen zurücknehmen. Er darf alle Pflege-/Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Insofern entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonen und andere Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, von der Schweigepflicht.

**Untervollmacht**

- Der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Der Bevollmächtigte ist **nicht** befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

**Hinweis für den Bevollmächtigten:**

Nach § 1904, Abs. 2 und 5 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bedarf die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Dies gilt auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

Nach § 1906, Abs. 5 gilt: Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach Absatz 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

## Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge

**Hinweis: Wenn Sie eine Generalvollmacht erteilen, brauchen Sie diese Vollmacht nicht auszufüllen.**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich (wir raten dringendst, hier dieselbe Person einzutragen, die Sie in der Patientenverfügung auf Seite 1 benannt haben)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, mich in allen Angelegenheiten, soweit sie meine Gesundheit betreffen, zu vertreten.

Falls der oben genannte Bevollmächtigte verhindert sein sollte, soll an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ersatzweise sollte an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mit dieser Vollmacht soll die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers vermieden werden. Darüber hinaus wünsche ich, dass der Bevollmächtigte auch mein gesetzlicher Betreuer für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

Mein Bevollmächtigter kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige ihn, über sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und über Heilbehandlungen zu entscheiden, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich infolge dieser Maßnahmen sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 BGB).

**Die Bevollmächtigung umfasst:**

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn das Grundleiden einen unumkehrbaren Verlauf genommen hat und ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse. Dazu sind meine Ausführungen in meiner Patientenverfügung genauestens zu befolgen.
- Entscheidungen über die Verabreichung von Medikamenten, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder gar eine Lebensverkürzung zur Folge haben oder haben können.
- Entscheidungen darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden Zustand der Bewusstlosigkeit (zum Beispiel Wachkoma) eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr eingeleitet oder abgebrochen werden soll.
- Entscheidungen in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens.
- Bestimmung meines Aufenthalts, auch in einer stationären Einrichtung, einem Hospiz, einer psychiatrischen Klinik, einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung.
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 BGB, also z. B. eine freiheitsentziehende Unterbringung, die zu meinem Wohl erforderlich ist,
  - weil aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass ich mich selbst töte oder erhebliche Gefahr besteht, dass ich mir gesundheitlichen Schaden zufüge, oder
  - weil eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig sind, welche ohne meine freiheitsentziehende Unterbringung nicht durchgeführt werden können, und ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich beispielsweise in einer Klinik oder einer ambulanten oder stationären Versorgungseinrichtung (z. B. betreute Wohngruppen, Alten- und Pflegeheim etc.) aufhalte, ohne dort zwangsweise untergebracht zu sein, und mir die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durch mechanische Vorrichtungen (z. B. Bettgitter, Fixierungen), Medikamente oder auf andere Weise entzogen werden soll.

Der Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch bereits getroffene Entscheidungen zurücknehmen. Er darf alle Pflege-/Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Insofern entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonen und andere Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, von der Schweigepflicht.

**Untervollmacht**

- Der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Der Bevollmächtigte ist **nicht** befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

**Hinweis für den Bevollmächtigten:**

Nach § 1904, Abs. 2 und 5 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bedarf die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Dies gilt auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

Nach § 1906, Abs. 5 gilt: Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach Absatz 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

## Generalvollmacht

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich (wir raten dringendst, hier dieselbe Person einzutragen, die Sie in der Patientenverfügung auf Seite 1 benannt haben)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, mich in allen persönlichen Angelegenheiten zu vertreten.

Falls der oben genannte Bevollmächtigte verhindert sein sollte, soll an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mit dieser Vollmacht soll die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers vermieden werden. Darüber hinaus wünsche ich, dass der Bevollmächtigte auch mein gesetzlicher Betreuer für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

## I. Umfang der Vollmacht

Die vorliegende Vollmacht berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten, meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Die Vollmacht umfasst insbesondere folgende Inhalte:

Der Bevollmächtigte soll mich – soweit gesetzlich zulässig – in allen **behördlichen, vertraglichen und Vermögensangelegenheiten** vertreten.

### 1. Im gesundheitlichen Bereich

Mein Bevollmächtigter kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige ihn, über sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und über Heilbehandlungen zu entscheiden, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich infolge dieser Maßnahmen sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 BGB).

#### Die Bevollmächtigung umfasst:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn das Grundleiden einen unumkehrbaren Verlauf genommen hat und ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse. Dazu sind meine Ausführungen in meiner Patientenverfügung genauestens zu befolgen.
- Entscheidungen über die Verabreichung von Medikamenten, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder gar eine Lebensverkürzung zur Folge haben oder haben können.
- Entscheidungen darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden Zustand der Bewusstlosigkeit (zum Beispiel Wachkoma) eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr eingeleitet oder abgebrochen werden soll.
- Entscheidungen in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens.
- Bestimmung meines Aufenthalts, auch in einer stationären Einrichtung, einem Hospiz, einer psychiatrischen Klinik, einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung.



- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 BGB, also z. B. eine freiheitsentziehende Unterbringung, die zu meinem Wohl erforderlich ist,
  - weil aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass ich mich selbst töte oder erhebliche Gefahr besteht, dass ich mir gesundheitlichen Schaden zufüge, oder
  - weil eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig sind, welche ohne meine freiheitsentziehende Unterbringung nicht durchgeführt werden könnenund ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen Unterbringung nicht kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
  
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich beispielsweise in einer Klinik oder einer ambulanten oder stationären Versorgungseinrichtung (z. B. betreute Wohngruppen, Alten- und Pflegeheim etc.) aufhalte, ohne dort zwangsweise untergebracht zu sein, und mir die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durch mechanische Vorrichtungen (z. B. Bettgitter, Fixierungen), Medikamente oder auf andere Weise entzogen werden soll.

Der Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch bereits getroffene Entscheidungen zurücknehmen. Er darf alle Pflege-/Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Insofern entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonen und andere Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, von der Schweigepflicht.

## 2. Im vermögensrechtlichen Bereich

**Achtung: Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!**

Diese Vollmacht umfasst Entscheidungen zu folgenden Inhalten:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- zur Verwaltung meines Vermögens und zur Verfügung über meine Konten bei Banken und Sparkassen.
- zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zur Regelung von Nachlassangelegenheiten, zum Inkasso, zum Eingehen von Verbindlichkeiten.
- zur Beantragung von Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung.
- zur Vertretung in Renten-, Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Angelegenheiten und zur Beantragung von Renten (Versorgungsbezügen) oder Sozialhilfe.
- zu geschäftsähnlichen Handlungen und zu allen Verfahrenshandlungen.
- zum Abschluss eines Krankenhausbehandlungsvertrages, Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung.

- diese Vollmacht erstreckt sich auch auf meine Vertretung bei allen öffentlichen Registern.
- Die vorliegende Vollmacht erstreckt sich **nicht** auf
  - a) die Aufnahme von Krediten
  - b) Spekulationsgeschäfte jedweder Art
  - c) Geld- und andere Vermögensübertragungen an den Bevollmächtigten oder Dritte
  - d) \_\_\_\_\_

### 3. Im Bereich der persönlichen Angelegenheiten

Mein Bevollmächtigter hat mich, soweit dies gesetzlich möglich ist, in allen persönlichen Angelegenheiten, auch soweit sie meine Gesundheit betreffen, zu vertreten.

Insbesondere ist die Stellvertretung zur Entscheidung über die folgenden Maßnahmen von dieser Vollmacht umfasst:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Wohnungsangelegenheiten: Ausübung von Rechten und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich der Kündigung des Mietvertrags und der Haushaltsauflösung.
- Post und Telefon: Entgegennahme und Öffnen der Post sowie Entscheidung über Telefon, Fax und Mobiltelefon. Abgabe von hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen).
- Digitale Medien: Unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) Zugriff auf meine sämtlichen Daten im Internet, insbesondere Benutzer-Konten, und das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Hierzu darf der Bevollmächtigte sämtliche erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.
- Behörden: Vertretung bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern und Vereinen.
- Gerichte: Vertretung bei Gerichten sowie Vornahme von Prozesshandlungen aller Art.

Diese Vorsorgevollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

### II. Untervollmacht

- Der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Der Bevollmächtigte ist **nicht** befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

## Generalvollmacht

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich (wir raten dringendst, hier dieselbe Person einzutragen, die Sie in der Patientenverfügung auf Seite 1 benannt haben)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, mich in allen persönlichen Angelegenheiten zu vertreten.

Falls der oben genannte Bevollmächtigte verhindert sein sollte, soll an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mit dieser Vollmacht soll die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers vermieden werden. Darüber hinaus wünsche ich, dass der Bevollmächtigte auch mein gesetzlicher Betreuer für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

## I. Umfang der Vollmacht

Die vorliegende Vollmacht berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten, meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Die Vollmacht umfasst insbesondere folgende Inhalte:

Der Bevollmächtigte soll mich – soweit gesetzlich zulässig – in allen **behördlichen, vertraglichen und Vermögensangelegenheiten** vertreten.

### 1. Im gesundheitlichen Bereich

Mein Bevollmächtigter kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige ihn, über sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und über Heilbehandlungen zu entscheiden, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich infolge dieser Maßnahmen sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 BGB).

#### Die Bevollmächtigung umfasst:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn das Grundleiden einen unumkehrbaren Verlauf genommen hat und ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse. Dazu sind meine Ausführungen in meiner Patientenverfügung genauestens zu befolgen.
- Entscheidungen über die Verabreichung von Medikamenten, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder gar eine Lebensverkürzung zur Folge haben oder haben können.
- Entscheidungen darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden Zustand der Bewusstlosigkeit (zum Beispiel Wachkoma) eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr eingeleitet oder abgebrochen werden soll.
- Entscheidungen in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens.
- Bestimmung meines Aufenthalts, auch in einer stationären Einrichtung, einem Hospiz, einer psychiatrischen Klinik, einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung.

- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 BGB, also z. B. eine freiheitsentziehende Unterbringung, die zu meinem Wohl erforderlich ist,
  - weil aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass ich mich selbst töte oder erhebliche Gefahr besteht, dass ich mir gesundheitlichen Schaden zufüge, oder
  - weil eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig sind, welche ohne meine freiheitsentziehende Unterbringung nicht durchgeführt werden könnenund ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen Unterbringung nicht kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
  
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich beispielsweise in einer Klinik oder einer ambulanten oder stationären Versorgungseinrichtung (z. B. betreute Wohngruppen, Alten- und Pflegeheim etc.) aufhalte, ohne dort zwangsweise untergebracht zu sein, und mir die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durch mechanische Vorrichtungen (z. B. Bettgitter, Fixierungen), Medikamente oder auf andere Weise entzogen werden soll.

Der Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch bereits getroffene Entscheidungen zurücknehmen. Er darf alle Pflege-/Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Insofern entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonen und andere Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, von der Schweigepflicht.

## 2. Im vermögensrechtlichen Bereich

**Achtung: Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!**

Diese Vollmacht umfasst Entscheidungen zu folgenden Inhalten:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- zur Verwaltung meines Vermögens und zur Verfügung über meine Konten bei Banken und Sparkassen.
- zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zur Regelung von Nachlassangelegenheiten, zum Inkasso, zum Eingehen von Verbindlichkeiten.
- zur Beantragung von Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung.
- zur Vertretung in Renten-, Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Angelegenheiten und zur Beantragung von Renten (Versorgungsbezügen) oder Sozialhilfe.
- zu geschäftsähnlichen Handlungen und zu allen Verfahrenshandlungen.
- zum Abschluss eines Krankenhausbehandlungsvertrages, Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung.

- diese Vollmacht erstreckt sich auch auf meine Vertretung bei allen öffentlichen Registern.
- Die vorliegende Vollmacht erstreckt sich **nicht** auf
  - a) die Aufnahme von Krediten
  - b) Spekulationsgeschäfte jedweder Art
  - c) Geld- und andere Vermögensübertragungen an den Bevollmächtigten oder Dritte
  - d) \_\_\_\_\_

### 3. Im Bereich der persönlichen Angelegenheiten

Mein Bevollmächtigter hat mich, soweit dies gesetzlich möglich ist, in allen persönlichen Angelegenheiten, auch soweit sie meine Gesundheit betreffen, zu vertreten.

Insbesondere ist die Stellvertretung zur Entscheidung über die folgenden Maßnahmen von dieser Vollmacht umfasst:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Wohnungsangelegenheiten: Ausübung von Rechten und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich der Kündigung des Mietvertrags und der Haushaltsauflösung.
- Post und Telefon: Entgegennahme und Öffnen der Post sowie Entscheidung über Telefon, Fax und Mobiltelefon. Abgabe von hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen).
- Digitale Medien: Unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) Zugriff auf meine sämtlichen Daten im Internet, insbesondere Benutzer-Konten, und das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Hierzu darf der Bevollmächtigte sämtliche erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.
- Behörden: Vertretung bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern und Vereinen.
- Gerichte: Vertretung bei Gerichten sowie Vornahme von Prozesshandlungen aller Art.

Diese Vorsorgevollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

### II. Untervollmacht

- Der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Der Bevollmächtigte ist **nicht** befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

## Generalvollmacht

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich (wir raten dringendst, hier dieselbe Person einzutragen, die Sie in der Patientenverfügung auf Seite 1 benannt haben)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, mich in allen persönlichen Angelegenheiten zu vertreten.

Falls der oben genannte Bevollmächtigte verhindert sein sollte, soll an seine Stelle treten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mit dieser Vollmacht soll die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers vermieden werden. Darüber hinaus wünsche ich, dass der Bevollmächtigte auch mein gesetzlicher Betreuer für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

## I. Umfang der Vollmacht

Die vorliegende Vollmacht berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten, meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Die Vollmacht umfasst insbesondere folgende Inhalte:

Der Bevollmächtigte soll mich – soweit gesetzlich zulässig – in allen **behördlichen, vertraglichen und Vermögensangelegenheiten** vertreten.

### 1. Im gesundheitlichen Bereich

Mein Bevollmächtigter kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige ihn, über sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und über Heilbehandlungen zu entscheiden, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich infolge dieser Maßnahmen sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 BGB).

#### Die Bevollmächtigung umfasst:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn das Grundleiden einen unumkehrbaren Verlauf genommen hat und ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse. Dazu sind meine Ausführungen in meiner Patientenverfügung genauestens zu befolgen.
- Entscheidungen über die Verabreichung von Medikamenten, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder gar eine Lebensverkürzung zur Folge haben oder haben können.
- Entscheidungen darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden Zustand der Bewusstlosigkeit (zum Beispiel Wachkoma) eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr eingeleitet oder abgebrochen werden soll.
- Entscheidungen in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens.
- Bestimmung meines Aufenthalts, auch in einer stationären Einrichtung, einem Hospiz, einer psychiatrischen Klinik, einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung.



- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 BGB, also z. B. eine freiheitsentziehende Unterbringung, die zu meinem Wohl erforderlich ist,
  - weil aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass ich mich selbst töte oder erhebliche Gefahr besteht, dass ich mir gesundheitlichen Schaden zufüge, oder
  - weil eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig sind, welche ohne meine freiheitsentziehende Unterbringung nicht durchgeführt werden könnenund ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen Unterbringung nicht kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
  
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich beispielsweise in einer Klinik oder einer ambulanten oder stationären Versorgungseinrichtung (z. B. betreute Wohngruppen, Alten- und Pflegeheim etc.) aufhalte, ohne dort zwangsweise untergebracht zu sein, und mir die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durch mechanische Vorrichtungen (z. B. Bettgitter, Fixierungen), Medikamente oder auf andere Weise entzogen werden soll.

Der Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch bereits getroffene Entscheidungen zurücknehmen. Er darf alle Pflege-/Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Insofern entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonen und andere Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, von der Schweigepflicht.

## 2. Im vermögensrechtlichen Bereich

**Achtung: Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!**

Diese Vollmacht umfasst Entscheidungen zu folgenden Inhalten:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- zur Verwaltung meines Vermögens und zur Verfügung über meine Konten bei Banken und Sparkassen.
- zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zur Regelung von Nachlassangelegenheiten, zum Inkasso, zum Eingehen von Verbindlichkeiten.
- zur Beantragung von Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung.
- zur Vertretung in Renten-, Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Angelegenheiten und zur Beantragung von Renten (Versorgungsbezügen) oder Sozialhilfe.
- zu geschäftsähnlichen Handlungen und zu allen Verfahrenshandlungen.
- zum Abschluss eines Krankenhausbehandlungsvertrages, Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung.

- diese Vollmacht erstreckt sich auch auf meine Vertretung bei allen öffentlichen Registern.
- Die vorliegende Vollmacht erstreckt sich **nicht** auf
  - a) die Aufnahme von Krediten
  - b) Spekulationsgeschäfte jedweder Art
  - c) Geld- und andere Vermögensübertragungen an den Bevollmächtigten oder Dritte
  - d) \_\_\_\_\_

### 3. Im Bereich der persönlichen Angelegenheiten

Mein Bevollmächtigter hat mich, soweit dies gesetzlich möglich ist, in allen persönlichen Angelegenheiten, auch soweit sie meine Gesundheit betreffen, zu vertreten.

Insbesondere ist die Stellvertretung zur Entscheidung über die folgenden Maßnahmen von dieser Vollmacht umfasst:

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

- Wohnungsangelegenheiten: Ausübung von Rechten und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich der Kündigung des Mietvertrags und der Haushaltsauflösung.
- Post und Telefon: Entgegennahme und Öffnen der Post sowie Entscheidung über Telefon, Fax und Mobiltelefon. Abgabe von hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen).
- Digitale Medien: Unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) Zugriff auf meine sämtlichen Daten im Internet, insbesondere Benutzer-Konten, und das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Hierzu darf der Bevollmächtigte sämtliche erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.
- Behörden: Vertretung bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern und Vereinen.
- Gerichte: Vertretung bei Gerichten sowie Vornahme von Prozesshandlungen aller Art.

Diese Vorsorgevollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

### II. Untervollmacht

- Der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Der Bevollmächtigte ist **nicht** befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

## Betreuungsverfügung

**Hinweis: Wenn Sie eine Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge oder eine Generalvollmacht erteilt haben, brauchen Sie dieses Formular nicht auszufüllen.**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich lege hiermit für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

**Als meinen Betreuer schlage ich vor:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer verweise ich auf meine Patientenverfügung.

Ich habe meine Patientenverfügung hinterlegt bei der DGHS e. V., Kronenstr. 4, 10117 Berlin, Tel. 0 30/21 22 23 37-0, Fax 0 30/21 22 23 37-77, info@dghs.de, www.dghs.de

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar.

Ja

Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Betreuungsverfügung

**Hinweis: Wenn Sie eine Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge oder eine Generalvollmacht erteilt haben, brauchen Sie dieses Formular nicht auszufüllen.**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich lege hiermit für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

**Als meinen Betreuer schlage ich vor:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer verweise ich auf meine Patientenverfügung.

Ich habe meine Patientenverfügung hinterlegt bei der DGHS e. V., Kronenstr. 4, 10117 Berlin, Tel. 0 30/21 22 23 37-0, Fax 0 30/21 22 23 37-77, info@dghs.de, www.dghs.de

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar.

Ja

Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Betreuungsverfügung

**Hinweis: Wenn Sie eine Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge oder eine Generalvollmacht erteilt haben, brauchen Sie dieses Formular nicht auszufüllen.**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich lege hiermit für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

**Als meinen Betreuer schlage ich vor:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer verweise ich auf meine Patientenverfügung.

Ich habe meine Patientenverfügung hinterlegt bei der DGHS e. V., Kronenstr. 4, 10117 Berlin, Tel. 0 30/21 22 23 37-0, Fax 0 30/21 22 23 37-77, info@dghs.de, www.dghs.de

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar.

Ja

Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift



## Meine persönlichen Wünsche für den Pflegefall

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

### Ich habe folgender Person eine Vorsorgevollmacht erteilt:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diese Person ist beauftragt, meinen Willen durchzusetzen. Für den Fall, dass ich DGHS-Mitglied bin, kann sie für mich bei der DGHS um Rechtsbeistand nachsuchen.

Meine Patientenverfügung ist in der DGHS-Zentrale für Patientenschutz hinterlegt. Ja  Nein

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar. Ja  Nein

Für den Fall, dass in einem späteren Zustand eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder eingeschränkter Fähigkeit, meinen Willen zu äußern, vorübergehend oder dauerhaft ein Zustand der Pflegebedürftigkeit eintritt, halte ich zusätzlich zu meiner Patientenverfügung im Folgenden meine Wünsche an die Pflege fest. Ich bin mir im Klaren darüber, dass diese Wünsche nicht dieselbe rechtliche Verbindlichkeit haben wie die in meiner Patientenverfügung niedergelegten Wünsche für meine ärztliche Behandlung.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Die folgenden Punkte habe ich mit meinem Bevollmächtigten besprochen:

Ja

Nein

Ich möchte so lange wie möglich in meiner aktuellen häuslichen Umgebung bleiben, dort auch professionell (z. B. durch einen Pflegedienst) gepflegt werden und wenn möglich auch dort sterben.

Ja

Nein

Ich möchte dabei von folgenden Personen in der Reihenfolge, in der ich sie genannt habe, unterstützt werden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Ich lehne folgende Personen zu meiner Unterstützung ab:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Wenn abzusehen ist, dass eine ambulante Betreuung zu Hause bis zum Tod nicht möglich sein wird, wünsche ich mir,

- dass ich zum frühestmöglichen Zeitpunkt in ein Alten- oder Pflegeheim verlegt werde.

Ja

Nein

- dass ich erst dann in ein Alten- oder Pflegeheim verlegt werde, wenn die Notwendigkeit dafür besteht.

Ja

Nein

Ich möchte vorzugsweise untergebracht werden

- in einer nicht-konfessionell geführten Einrichtung

Ja

Nein

- in einer konfessionell geführten Einrichtung

Ja

Nein

- vorzugsweise in der folgenden Einrichtung

\_\_\_\_\_

- alternativ in der folgenden Einrichtung

Ich möchte dort von meinem behandelnden Hausarzt weiter betreut werden.

Ja Nein 

Ich möchte auf keinen Fall in folgende Einrichtung:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Ich möchte von folgenden Personen nicht besucht werden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

- Sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Versorgung sollen meine Festlegungen berücksichtigt werden und jegliche Abweichung mit meinem Bevollmächtigten besprochen und protokolliert werden.

Ja Nein 

- Sollte aus schwerwiegenden Gründen eine Fixierung notwendig erscheinen, so ist in jedem Fall die Zustimmung meines Bevollmächtigten einzuholen.

Ja Nein 

- Sollte ich eine ärztlich empfohlene Behandlung ablehnen, weil meine Einsichtsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft nicht mehr gegeben ist, ist mein Bevollmächtigter unverzüglich in die Ermittlung meines mutmaßlichen Willens einzubeziehen.

Ja Nein 

Für den Fall, dass ich wiederholt und über eine längere Zeit Widerwillen gegen eine Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr erkennen lasse und dieser Widerwillen nicht auf eine vorübergehende und behandelbare Erkrankung (z. B. Entzündung im Mund) zurückzuführen ist, bitte ich um

- Verzicht auf jede Form von Ernährung

Ja Nein 

- Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr

Ja Nein 

- Beschränkung der Ernährung auf ein mit meinem Wohlbefinden vereinbares Maß

Ja Nein 

- Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr auf ein mit meinem Wohlbefinden vereinbares Maß

Ja Nein 

- Bei Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr ausreichende Mundbefeuchtung, um mir quälende Durstgefühle und Schleimhautschädigungen zu ersparen.

Ja Nein

## Platz für zusätzliche persönliche Erklärungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ich habe den Inhalt mit folgenden Personen besprochen:

- Meinerm Bevollmächtigten Ja  Nein
- Meinem Hausarzt Ja  Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

---

Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten zur Kenntnisnahme (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift des Hausarztes zur Kenntnisnahme (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift Alten- bzw. Pflegeheim oder Hospiz zur Kenntnisnahme (empfohlen)

## Meine persönlichen Wünsche für den Pflegefall

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

### Ich habe folgender Person eine Vorsorgevollmacht erteilt:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diese Person ist beauftragt, meinen Willen durchzusetzen. Für den Fall, dass ich DGHS-Mitglied bin, kann sie für mich bei der DGHS um Rechtsbeistand nachsuchen.

Meine Patientenverfügung ist in der DGHS-Zentrale für Patientenschutz hinterlegt. Ja  Nein

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar. Ja  Nein

Für den Fall, dass in einem späteren Zustand eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder eingeschränkter Fähigkeit, meinen Willen zu äußern, vorübergehend oder dauerhaft ein Zustand der Pflegebedürftigkeit eintritt, halte ich zusätzlich zu meiner Patientenverfügung im Folgenden meine Wünsche an die Pflege fest. Ich bin mir im Klaren darüber, dass diese Wünsche nicht dieselbe rechtliche Verbindlichkeit haben wie die in meiner Patientenverfügung niedergelegten Wünsche für meine ärztliche Behandlung.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Die folgenden Punkte habe ich mit meinem Bevollmächtigten besprochen:

Ja

Nein

Ich möchte so lange wie möglich in meiner aktuellen häuslichen Umgebung bleiben, dort auch professionell (z. B. durch einen Pflegedienst) gepflegt werden und wenn möglich auch dort sterben.

Ja

Nein

Ich möchte dabei von folgenden Personen in der Reihenfolge, in der ich sie genannt habe, unterstützt werden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Ich lehne folgende Personen zu meiner Unterstützung ab:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Wenn abzusehen ist, dass eine ambulante Betreuung zu Hause bis zum Tod nicht möglich sein wird, wünsche ich mir,

- dass ich zum frühestmöglichen Zeitpunkt in ein Alten- oder Pflegeheim verlegt werde.

Ja

Nein

- dass ich erst dann in ein Alten- oder Pflegeheim verlegt werde, wenn die Notwendigkeit dafür besteht.

Ja

Nein

Ich möchte vorzugsweise untergebracht werden

- in einer nicht-konfessionell geführten Einrichtung

Ja

Nein

- in einer konfessionell geführten Einrichtung

Ja

Nein

- vorzugsweise in der folgenden Einrichtung

\_\_\_\_\_

- alternativ in der folgenden Einrichtung

Ich möchte dort von meinem behandelnden Hausarzt weiter betreut werden.

Ja Nein 

Ich möchte auf keinen Fall in folgende Einrichtung:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Ich möchte von folgenden Personen nicht besucht werden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

- Sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Versorgung sollen meine Festlegungen berücksichtigt werden und jegliche Abweichung mit meinem Bevollmächtigten besprochen und protokolliert werden.

Ja Nein 

- Sollte aus schwerwiegenden Gründen eine Fixierung notwendig erscheinen, so ist in jedem Fall die Zustimmung meines Bevollmächtigten einzuholen.

Ja Nein 

- Sollte ich eine ärztlich empfohlene Behandlung ablehnen, weil meine Einsichtsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft nicht mehr gegeben ist, ist mein Bevollmächtigter unverzüglich in die Ermittlung meines mutmaßlichen Willens einzubeziehen.

Ja Nein 

Für den Fall, dass ich wiederholt und über eine längere Zeit Widerwillen gegen eine Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr erkennen lasse und dieser Widerwillen nicht auf eine vorübergehende und behandelbare Erkrankung (z. B. Entzündung im Mund) zurückzuführen ist, bitte ich um

- Verzicht auf jede Form von Ernährung

Ja Nein 

- Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr

Ja Nein 

- Beschränkung der Ernährung auf ein mit meinem Wohlbefinden vereinbares Maß

Ja Nein 

- Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr auf ein mit meinem Wohlbefinden vereinbares Maß

Ja Nein 

- Bei Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr ausreichende Mundbefeuchtung, um mir quälende Durstgefühle und Schleimhautschädigungen zu ersparen.

Ja Nein

Platz für zusätzliche persönliche Erklärungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich habe den Inhalt mit folgenden Personen besprochen:

- Meinerm Bevollmächtigten
Ja 
Nein
- Meinem Hausarzt
Ja 
Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

---

Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten zur Kenntnisnahme (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift des Hausarztes zur Kenntnisnahme (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift Alten- bzw. Pflegeheim oder Hospiz zur Kenntnisnahme (empfohlen)



## Meine persönlichen Wünsche für den Pflegefall

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein 

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

### Ich habe folgender Person eine Vorsorgevollmacht erteilt:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diese Person ist beauftragt, meinen Willen durchzusetzen. Für den Fall, dass ich DGHS-Mitglied bin, kann sie für mich bei der DGHS um Rechtsbeistand nachsuchen.

Meine Patientenverfügung ist in der DGHS-Zentrale für Patientenschutz hinterlegt. Ja  Nein

Ich habe einen DGHS-Notfall-Ausweis. Meine Patientenverfügung ist damit im Internet abrufbar. Ja  Nein

Für den Fall, dass in einem späteren Zustand eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder eingeschränkter Fähigkeit, meinen Willen zu äußern, vorübergehend oder dauerhaft ein Zustand der Pflegebedürftigkeit eintritt, halte ich zusätzlich zu meiner Patientenverfügung im Folgenden meine Wünsche an die Pflege fest. Ich bin mir im Klaren darüber, dass diese Wünsche nicht dieselbe rechtliche Verbindlichkeit haben wie die in meiner Patientenverfügung niedergelegten Wünsche für meine ärztliche Behandlung.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Die folgenden Punkte habe ich mit meinem Bevollmächtigten besprochen:

Ja

Nein

Ich möchte so lange wie möglich in meiner aktuellen häuslichen Umgebung bleiben, dort auch professionell (z. B. durch einen Pflegedienst) gepflegt werden und wenn möglich auch dort sterben.

Ja

Nein

Ich möchte dabei von folgenden Personen in der Reihenfolge, in der ich sie genannt habe, unterstützt werden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Ich lehne folgende Personen zu meiner Unterstützung ab:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Wenn abzusehen ist, dass eine ambulante Betreuung zu Hause bis zum Tod nicht möglich sein wird, wünsche ich mir,

- dass ich zum frühestmöglichen Zeitpunkt in ein Alten- oder Pflegeheim verlegt werde.

Ja

Nein

- dass ich erst dann in ein Alten- oder Pflegeheim verlegt werde, wenn die Notwendigkeit dafür besteht.

Ja

Nein

Ich möchte vorzugsweise untergebracht werden

- in einer nicht-konfessionell geführten Einrichtung

Ja

Nein

- in einer konfessionell geführten Einrichtung

Ja

Nein

- vorzugsweise in der folgenden Einrichtung

\_\_\_\_\_

- alternativ in der folgenden Einrichtung

Ich möchte dort von meinem behandelnden Hausarzt weiter betreut werden.

Ja Nein 

Ich möchte auf keinen Fall in folgende Einrichtung:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Ich möchte von folgenden Personen nicht besucht werden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

- Sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Versorgung sollen meine Festlegungen berücksichtigt werden und jegliche Abweichung mit meinem Bevollmächtigten besprochen und protokolliert werden.

Ja Nein 

- Sollte aus schwerwiegenden Gründen eine Fixierung notwendig erscheinen, so ist in jedem Fall die Zustimmung meines Bevollmächtigten einzuholen.

Ja Nein 

- Sollte ich eine ärztlich empfohlene Behandlung ablehnen, weil meine Einsichtsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft nicht mehr gegeben ist, ist mein Bevollmächtigter unverzüglich in die Ermittlung meines mutmaßlichen Willens einzubeziehen.

Ja Nein 

Für den Fall, dass ich wiederholt und über eine längere Zeit Widerwillen gegen eine Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr erkennen lasse und dieser Widerwillen nicht auf eine vorübergehende und behandelbare Erkrankung (z. B. Entzündung im Mund) zurückzuführen ist, bitte ich um

- Verzicht auf jede Form von Ernährung

Ja Nein 

- Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr

Ja Nein 

- Beschränkung der Ernährung auf ein mit meinem Wohlbefinden vereinbares Maß

Ja Nein 

- Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr auf ein mit meinem Wohlbefinden vereinbares Maß

Ja Nein 

- Bei Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr ausreichende Mundbefeuchtung, um mir quälende Durstgefühle und Schleimhautschädigungen zu ersparen.

Ja Nein

## Platz für zusätzliche persönliche Erklärungen

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Ich habe den Inhalt mit folgenden Personen besprochen:

- Meinerm Bevollmächtigten Ja                       Nein
- Meinem Hausarzt                                  Ja                       Nein

---

 Ort, Datum, Unterschrift

---

 Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten zur Kenntnisnahme (empfohlen)

---

 Ort, Datum, Unterschrift des Hausarztes zur Kenntnisnahme (empfohlen)

---

 Ort, Datum, Unterschrift Alten- bzw. Pflegeheim oder Hospiz zur Kenntnisnahme (empfohlen)

## Notfall-Ausweis und Notfall-QR-Code

Sicherheit. Jederzeit. Überall.

Durch diesen einzigartigen Service können Ihre Willensverfügungen rund um die Uhr weltweit im Internet abgerufen werden – unabhängig von Bürozeiten oder Feiertagen.

Der Notfall-Ausweis ist ein Kärtchen im Scheckkartenformat. Er ermöglicht Ärzten, Pflegekräften, Krankenhäusern, stationären Einrichtungen und anderen Institutionen, Angehörigen und natürlich auch Ihnen selbst mit den auf der Karte angegebenen Login-Daten einen Online-Zugriff auf Ihre bei der DGHS hinterlegte Patientenverfügung und bei der DGHS hinterlegten Unterlagen – jederzeit und überall.

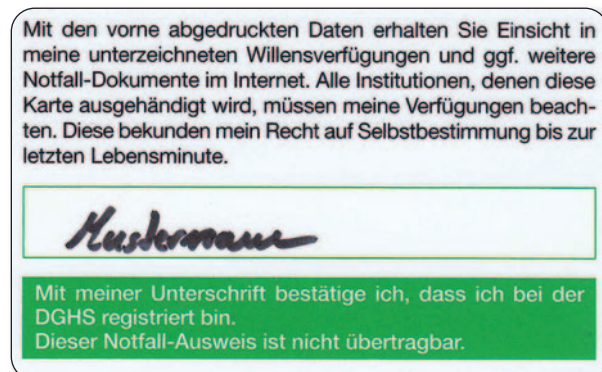
Noch einfacher ist der Zugriff auf Ihre bei der DGHS hinterlegte Patientenverfügung und bei der DGHS hinterlegten Unterlagen mit dem Notfall-QR-Code: Dazu muss lediglich der QR-Code mit einem Smartphone eingescannt werden. Ihre Patientenverfügung wird sofort sichtbar. Voraussetzung für dieses Verfahren ist die Installation einer entsprechenden Anwendungs-Software (App) auf dem Smartphone derjenigen Person, die diese Unterlagen einsehen möchte.

Der elektronische Abrufdienst funktioniert aber nur mit Ihrer schriftlichen Zustimmung durch die Zusendung der Einverständnis- und Datenschutzerklärung. Den Notfall-Ausweis und den Notfall-QR-Code können sowohl Mitglieder als auch Nicht-Mitglieder beantragen.

Hinweise und Informationen erhalten Sie auch unter <https://www.dghs.de/service/notfall-ausweis-qr.html>.



Wie der Abruf funktioniert, können Sie folgendermaßen testen:  
Internetadresse: <https://dmsweb.dghs.de>  
Benutzer: 11111  
Passwort: dghs999999  
Nun erhalten Sie Zugriff auf Muster-Dokumente im pdf-Format.



Deutsche Gesellschaft für  
Humanes Sterben e. V.  
Postfach 64 01 43  
10047 Berlin  
Telefon 030/2 12 22 33 70  
Fax 030/21 22 23 37 77

## Einverständnis- und Datenschutzerklärung

zur digitalen Abrufbarkeit meiner Verfügungen (Hinweis: Wer bereits einen Notfall-Ausweis besitzt, braucht dieses Formular nicht mehr einzusenden)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Ich beauftrage die DGHS, die Abrufbarkeit meiner Willensverfügungen über das Internet zu ermöglichen. Änderungen meines Patientenwillens oder meiner persönlichen Daten werde ich der DGHS jeweils unmittelbar bekannt geben.

Ich beantrage den Notfall-Ausweis und bin damit einverstanden, dass die DGHS meine Willensverfügungen (z. B. Patientenverfügungen, Ergänzungen oder Vorsorge-Vollmachten), die in der Zentrale für Patientenschutz hinterlegt sind, über das Internet abrufbar macht (Freitodverfügungen oder auch Testamente sind hiervon ausgenommen).

Ich möchte folgende Dokumente für den Abruf im Internet **nicht** frei schalten lassen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bitte beachten: Folgender Absatz gilt nur für Nichtmitglieder!

Ich ermächtige die DGHS, die entsprechende Jahresgebühr (siehe Rückseite) für die elektronische Registrierung meiner Dokumente per Lastschrift einzuziehen. Andernfalls erhalte ich jeweils bei Fälligkeit eine Rechnung.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

**Bitte alle Angaben genau eintragen (ankreuzen), die Erklärung unterschreiben und die Rückseite beachten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

# Einverständnis- und Datenschutzerklärung

## zur digitalen Abrufbarkeit meiner Verfügungen

### 1. Informationen

Der Notfall-Ausweis ermöglicht rund um die Uhr den Zugriff auf Ihre Verfügungen. Ärzten, Pflegekräften, Richtern, Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Institutionen, Angehörigen und natürlich auch Ihnen selbst wird dadurch ein unmittelbarer Zugriff ermöglicht. Die Teilnahme am elektronischen Dokumentenserver ist freiwillig und erfolgt nur aufgrund der ausdrücklichen Zustimmung des Teilnehmers. Die Informationen, die Sie mit Ihrer Teilnahme geben, werden von uns nach den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Telemediengesetzes (TMG) gespeichert und verarbeitet. Auf Grund der elektronischen Registrierung Ihrer Dokumente erhalten Sie einen Notfall-Ausweis mit den entsprechenden Zugangsdaten und zusätzlich drei Notfall-QR-Codes als Aufkleber.

### 2. Sicherheit

Die DGHS setzt technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um Ihre durch uns verwalteten Dokumente und personenbezogenen Daten gegen zufällige oder vorsätzliche Manipulationen, Verlust, Zerstörung oder gegen den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Unsere Sicherheitsmaßnahmen werden entsprechend der technologischen Entwicklung fortlaufend verbessert. Die Nutzung durch die DGHS beinhaltet nicht die Weitergabe der Adressdaten zu Werbezwecken. Die DGHS verkauft Ihre personenbezogenen Daten nicht an Dritte und trifft generell größtmögliche Vorkehrungen für die Sicherheit Ihrer Daten. Unsere Datenschutzbeauftragte, Ružica Ivančić-Britvić, hilft Ihnen bei allen Fragen zu unserer Datenschutzerklärung gerne weiter.

### 3. Auskunftsrecht

Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten und ferner ein Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung zu. Wenn Sie Auskunft über Ihre Dokumente, deren Korrektur oder Löschung wünschen oder weitergehende Fragen über die Verwendung Ihrer uns überlassenen personenbezogenen Daten haben, kontaktieren Sie bitte die Geschäftsstelle, Tel. 0 30/2 12 22 33 70.

### 4. Vertragsbedingungen

Für den Notfall-Ausweis wurde vom Präsidium der DGHS eine Jahresgebühr festgelegt: für Nichtmitglieder € 25,00 im Jahr. Der Betrag wird ab dem Ausstellungsmonat fällig. Für die Zahlung können Sie uns gerne eine Einzugsermächtigung erteilen (siehe Vorderseite) oder Ihnen wird jeweils bei Fälligkeit eine Rechnung zugesandt.

Dieser Vertrag kann jederzeit (sofort oder zum Ablauf des entrichteten Beitragsjahres) gekündigt werden. Die Kündigung und Löschung der Daten muss der DGHS schriftlich mitgeteilt werden. Restbeträge werden nicht zurückerstattet. Auch Erben haben kein Recht auf Rückerstattung von Restbeträgen.

Die DGHS ist berechtigt, Verträge zu kündigen und den Internetzugang zu blockieren, wenn trotz mehrmaligem Anmahnen die Jahresgebühr nicht bezahlt wurde.

Wenn Ihre Karte gestohlen wurde oder Sie sie verloren haben, dann stellen wir Ihnen für € 10,70 Bearbeitungsgebühr einen neuen Notfall-Ausweis mit neuen Zugangsdaten aus. Somit wird vermieden, dass unberechtigte Personen Zugang zu Ihren Daten oder Dokumenten erhalten.

## Einverständnis- und Datenschutzerklärung

zur digitalen Abrufbarkeit meiner Verfügungen (Hinweis: Wer bereits einen Notfall-Ausweis besitzt, braucht dieses Formular nicht mehr einzusenden)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Ich beauftrage die DGHS, die Abrufbarkeit meiner Willensverfügungen über das Internet zu ermöglichen. Änderungen meines Patientenwillens oder meiner persönlichen Daten werde ich der DGHS jeweils unmittelbar bekannt geben.

Ich beantrage den Notfall-Ausweis und bin damit einverstanden, dass die DGHS meine Willensverfügungen (z. B. Patientenverfügungen, Ergänzungen oder Vorsorge-Vollmachten), die in der Zentrale für Patientenschutz hinterlegt sind, über das Internet abrufbar macht (Freitodverfügungen oder auch Testamente sind hiervon ausgenommen).

Ich möchte folgende Dokumente für den Abruf im Internet **nicht** frei schalten lassen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte beachten: Folgender Absatz gilt nur für Nichtmitglieder!**

Ich ermächtige die DGHS, die entsprechende Jahresgebühr (siehe Rückseite) für die elektronische Registrierung meiner Dokumente per Lastschrift einzuziehen. Andernfalls erhalte ich jeweils bei Fälligkeit eine Rechnung.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

**Bitte alle Angaben genau eintragen (ankreuzen), die Erklärung unterschreiben und die Rückseite beachten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift



# Einverständnis- und Datenschutzerklärung

## zur digitalen Abrufbarkeit meiner Verfügungen

### 1. Informationen

Der Notfall-Ausweis ermöglicht rund um die Uhr den Zugriff auf Ihre Verfügungen. Ärzten, Pflegekräften, Richtern, Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Institutionen, Angehörigen und natürlich auch Ihnen selbst wird dadurch ein unmittelbarer Zugriff ermöglicht. Die Teilnahme am elektronischen Dokumentenserver ist freiwillig und erfolgt nur aufgrund der ausdrücklichen Zustimmung des Teilnehmers. Die Informationen, die Sie mit Ihrer Teilnahme geben, werden von uns nach den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Telemediengesetzes (TMG) gespeichert und verarbeitet. Auf Grund der elektronischen Registrierung Ihrer Dokumente erhalten Sie einen Notfall-Ausweis mit den entsprechenden Zugangsdaten und zusätzlich drei Notfall-QR-Codes als Aufkleber.

### 2. Sicherheit

Die DGHS setzt technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um Ihre durch uns verwalteten Dokumente und personenbezogenen Daten gegen zufällige oder vorsätzliche Manipulationen, Verlust, Zerstörung oder gegen den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Unsere Sicherheitsmaßnahmen werden entsprechend der technologischen Entwicklung fortlaufend verbessert. Die Nutzung durch die DGHS beinhaltet nicht die Weitergabe der Adressdaten zu Werbezwecken. Die DGHS verkauft Ihre personenbezogenen Daten nicht an Dritte und trifft generell größtmögliche Vorkehrungen für die Sicherheit Ihrer Daten. Unsere Datenschutzbeauftragte, Ružica Ivančić-Britvić, hilft Ihnen bei allen Fragen zu unserer Datenschutzerklärung gerne weiter.

### 3. Auskunftsrecht

Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten und ferner ein Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung zu. Wenn Sie Auskunft über Ihre Dokumente, deren Korrektur oder Löschung wünschen oder weitergehende Fragen über die Verwendung Ihrer uns überlassenen personenbezogenen Daten haben, kontaktieren Sie bitte die Geschäftsstelle, Tel. 0 30/2 12 22 33 70.

### 4. Vertragsbedingungen

Für den Notfall-Ausweis wurde vom Präsidium der DGHS eine Jahresgebühr festgelegt: für Nichtmitglieder € 25,00 im Jahr. Der Betrag wird ab dem Ausstellungsmonat fällig. Für die Zahlung können Sie uns gerne eine Einzugsermächtigung erteilen (siehe Vorderseite) oder Ihnen wird jeweils bei Fälligkeit eine Rechnung zugesandt.

Dieser Vertrag kann jederzeit (sofort oder zum Ablauf des entrichteten Beitragsjahres) gekündigt werden. Die Kündigung und Löschung der Daten muss der DGHS schriftlich mitgeteilt werden. Restbeträge werden nicht zurückerstattet. Auch Erben haben kein Recht auf Rückerstattung von Restbeträgen.

Die DGHS ist berechtigt, Verträge zu kündigen und den Internetzugang zu blockieren, wenn trotz mehrmaligem Anmahnen die Jahresgebühr nicht bezahlt wurde.

Wenn Ihre Karte gestohlen wurde oder Sie sie verloren haben, dann stellen wir Ihnen für € 10,70 Bearbeitungsgebühr einen neuen Notfall-Ausweis mit neuen Zugangsdaten aus. Somit wird vermieden, dass unberechtigte Personen Zugang zu Ihren Daten oder Dokumenten erhalten.

## Freitodverfügung

Bitte nicht an die DGHS einreichen!

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobitel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin DGHS-Mitglied: Ja  Nein

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Mit der Möglichkeit des Freitods habe ich mich eingehend befasst. Ich sehe den Suizid als einen Schritt, meine Würde in der letzten Lebensphase – im Sterben – zu wahren. Er ist nicht als Ausdruck einer depressiven Erkrankung anzusehen.  
Ich nehme für mich das Recht in Anspruch, Zeitpunkt und Art meines Todes selbst zu bestimmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

## Einleitung meines Freitodes Freistellung von der Garantenpflicht

**Achtung: Nachfolgendes nur ausfüllen bei Einleitung des Freitodes! Bitte nicht an die DGHS weiterreichen!**

Nach sorgfältiger Abwägung von Alternativen und im Bewusstsein der Tragweite meiner Entscheidung habe ich heute meinen Freitod eingeleitet. Aufgrund meiner persönlichen Situation möchte ich durch Freitod aus dem Leben scheiden. Es ist mein freier Wille, mich selbst zu erlösen. Mein Entschluss ist weder aus akuter Verzweiflung entstanden noch ist er Ausdruck einer psychischen Erkrankung oder Störung.

Ich habe Vorkehrungen getroffen, um ungestört sterben zu können. Sollte ich noch lebend aufgefunden werden, verlange ich, meinen Entschluss zu respektieren und mich sterben zu lassen. Ich entbinde alle, auch zufällig, anwesenden oder hinzukommenden Personen von einer möglichen Garantenpflicht sowie der Verpflichtung zur Hilfeleistung. Sollte dennoch eingegriffen werden, ermächtige ich die DGHS, in meinem Namen gegen diesen Eingriff zivil- und strafrechtlich vorzugehen.

Gegebenenfalls soll in der Phase zwischen Einleitung meines Freitodes und Eintritt des Todes ärztlicherseits mit allen geeigneten palliativmedizinischen Maßnahmen nur noch der Sterbevorgang zugelassen und bei Bedarf erleichtert werden, z. B. um dadurch Angst, Durstgefühl, Schmerzen oder Erbrechen zu bekämpfen, zu verhindern oder zu lindern. Ich erkläre ausdrücklich, dass dies die einzige Hilfe ist, die ich noch wünsche.

Ein ärztliches Attest bzw. einen Arztbefund, aus denen sich Hinweise über meinen Gesundheitszustand ergeben, habe ich

beigefügt

nicht beigefügt

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

---

Ort, Datum, Unterschrift des Verfügenden

## Beitrittserklärung

### Mitgliedserklärung

in Verbindung mit der jeweils gültigen Satzung

Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt.

M-Nr.

**Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben! Bei Mitgliedschaft für Ehepaare ist von jedem Partner eine Mitgliedserklärung auszufüllen!**

**Ich erkläre meinen Beitritt zur DGHS e. V.**

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Jahres-Beitrag**  
(€ 50,- Mindestbeitrag im Jahr, für Ehepaare je € 45,-)
- Sozial-Beitrag**  
(€ 25,- im Jahr für unter 30-jährige sowie Empfänger von ALG II und Grundsicherung, bei entsprechendem Nachweis)
- Sympathie-Beitrag**  
(€ 65,- im Jahr)
- Förderplus-Beitrag**  
(€ 100,- im Jahr)
- Freie-Wahl-Beitrag:** \_\_\_\_\_ €  
(€-Betrag mehr als 100,-, frei wählbar)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Datenschutzbestimmungen:** Ich willige ein, dass die DGHS e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Beruf, Familienstand und Bankverbindung zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Dies gilt auch für meine Daten zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Notfallausweis. Eine Übermittlung von Daten an Dritte findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegten Zwecke statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des BDSG und der DSGVO das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort, Datum      Unterschrift des Mitglieds/gesetzlichen Vertreters

### Einzugsermächtigung

in Verbindung mit der jeweils gültigen Satzung

Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt.

M-Nr.

**Hiermit ermächtige ich widerruflich die DGHS e. V. (nur bei Kontoführung in Deutschland möglich), folgenden Betrag einzuziehen:**

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Jahres-Beitrag**  
(€ 50,- Mindestbeitrag im Jahr, für Ehepaare je € 45,-)
- Sozial-Beitrag**  
(€ 25,- im Jahr für unter 30-jährige sowie Empfänger von ALG II und Grundsicherung, bei entsprechendem Nachweis)
- Sympathie-Beitrag**  
(€ 65,- im Jahr)
- Förderplus-Beitrag**  
(€ 100,- im Jahr)
- Freie-Wahl-Beitrag:** \_\_\_\_\_ €  
(€-Betrag mehr als 100,-, frei wählbar)

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift

DGHS e. V. · Kronenstr. 4 · 10117 Berlin  
oder: Postfach 64 01 43 · 10047 Berlin  
Telefon 030/21 22 23 37-0 · Fax 030/21 22 23 37-77  
info@dghs.de · www.dghs.de