

# Patientenschutz- und Vorsorgemappe

mit

- › Persönlicher Werteerklärung
- › Patientenverfügung
- › Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge
- › Generalvollmacht
- › Betreuungsverfügung
- › Meinen persönlichen Wünschen für den Pflegefall
- › Notfall-Ausweis und Notfall-QR-Code
- › Einverständnis- und Datenschutzerklärung

# Erläuterungen und Hinweise zur Patientenschutzmappe

## I. 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.

### 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 die Ärztin/der Arzt 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 Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt und Ihrer Bevollmächtigten/Ihrem Bevollmächtigten durchzusprechen.

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

Der Text beruht auf fast 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 DGHS-Geschäftsstelle prüfen. Änderungen sollten Sie immer mit Datum und Ihrem 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/e Bevollmächtigte/r bzw. mein/e Betreuer/in an meine Patientenverfügung gebunden?

Auch die/der von Ihnen persönlich ausgewählte Bevollmächtigte bzw. der/die für Sie eingesetzte Betreuer/in 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 VI. Notfall-Ausweis und Notfall-QR-Code). Ein Exemplar ist für Sie selbst gedacht und eines für Ihre Bevollmächtigte/Ihren Bevollmächtigten. Für weitere Exemplare können Sie Kopien Ihrer Patientenverfügung erstellen. Vergessen Sie dabei nicht, jedes Exemplar persönlich mit Ihrer Original-Unterschrift zu versehen.

## II. Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge

### 1. Wozu eine Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge?

Mit einer Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge verleihen Sie Ihrer Patientenverfügung zusätzliche Wirksamkeit. Sie sollten sie immer zusätzlich zur Patientenverfügung ausfüllen. 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.

### 2. Wer kommt als Bevollmächtigte/r in Frage?

Als Bevollmächtigte/n zur Gesundheitsfürsorge sollten Sie einen Menschen benennen, zu dem Sie uneingeschränktes Vertrauen haben. Mit Ihrer/m Bevollmächtigten sollten Sie vor Erstellung

der Vorsorgevollmacht ein ausführliches Gespräch führen. Sie/er sollte Ihre Auffassungen und Anweisungen kennen und sich zutrauen, diese umzusetzen.

Sie können auf Wunsch zusätzlich eine/einen Ersatzbevollmächtigte/n bestimmen, die/der tätig wird, wenn die/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 unter IV.): Sie ist eine rein private Regelung, die keiner Genehmigung durch das Betreuungsgericht bedarf. Mit dieser Vollmacht kann die/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.

### **III. 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.

### **IV. Betreuungsverfügung**

Die Betreuungsverfügung ist eine Alternative zur Vorsorgevollmacht für die Gesundheitsfürsorge. Sie ist eine für das Betreuungsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Sie Vorschläge zur Person einer Betreuerin/eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung ihrer/seiner Aufgaben machen. In der Betreuungsverfügung können Sie aber auch bestimmte Personen als Betreuerinnen/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 einer gesetzlichen Betreuerin/eines gesetzlichen Betreuers entsprechen in etwa denen des früheren „Vormunds“. Betreuer/innen werden vom Betreuungsgericht (früher „Vormundschaftsgericht“) eingesetzt, um die Angelegenheiten von Menschen zu regeln, die diese nicht oder nicht mehr selbst regeln können. Die Betreuerin/der Betreuer entscheidet im Rahmen ihres/seines Aufgabenkreises (zum Beispiel Aufenthaltsbestimmungsrecht, Gesundheitsfürsorge, Vermögensangelegenheiten) für die/den Betreute/n. Sie/er hat sich stets am Wohl der/des Betreuten zu orientieren und darf keine Entscheidungen treffen, die erkennbar im Gegensatz zum Willen der/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 der/des Betroffenen durch das Betreuungsgericht. Im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht, die sofort wirksam wird, sobald die Vollmachtgeberin/der Vollmachtgeber nicht mehr geschäftsbzw. einwilligungsfähig ist, benötigt dieses Verfahren Zeit.

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

## **V. 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.

## **VI. Notfall-Ausweis und Notfall-QR-Code**

Der Notfall-Ausweis ist ein Kärtchen im Scheckkartenformat. Er ermöglicht Ärztinnen und 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.

## Persönliche Werteerklärung (Freiwillige Ergänzung zur Patientenverfügung)

### Abklärung der Werte, die bei einer ärztlichen Behandlung entscheiden sollen

Wenn Sie möchten, können Sie die für Sie wichtigsten Bewertungen von medizinischen Eingriffen bei sehr schweren Unfällen, unheilbaren Krankheiten, in hohem Alter und in der Nähe des Todes zusammenfassen. 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 einer Ärztin/einem Arzt Ihres Vertrauens sowie mit Ihrer/Ihrem Bevollmächtigten.

#### 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 lieber nicht so genau wissen, was auf mich zukommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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"/>
4. Ich möchte bei klarem Verstand sein, dafür nehme ich in Kauf, dass meine Schmerzen eventuell nicht ganz unterdrückt werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin nicht gerne von anderen abhängig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich möchte nicht im Krankenhaus sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich möchte in der Sterbephase nicht allein sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich möchte meiner Familie nicht zur Last fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich möchte meinen Angehörigen in guter Erinnerung bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich möchte, dass sich meine Ärztinnen/Ärzte auch bei einer psychiatrischen Erkrankung an meine in gesunden Tagen geäußerten Wertevorstellungen halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3
11. Mir ist es wichtig, „unerledigte“ Dinge zu regeln, solange ich dazu fähig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mir ist es wichtig, dass meine Familie, Freundinnen/Freunde und/oder andere meine Entscheidungen bezüglich medizinischer Behandlungen jetzt und in Zukunft unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich möchte so lange wie möglich leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>
14. Ich möchte gemäß meiner weltanschaulichen Überzeugung und deren Tradition behandelt werden.	<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 Körperausscheidungen 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 (Freiwillige Ergänzung zur Patientenverfügung)

### Abklärung der Werte, die bei einer ärztlichen Behandlung entscheiden sollen

Wenn Sie möchten, können Sie die für Sie wichtigsten Bewertungen von medizinischen Eingriffen bei sehr schweren Unfällen, unheilbaren Krankheiten, in hohem Alter und in der Nähe des Todes zusammenfassen. 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 einer Ärztin/einem Arzt Ihres Vertrauens sowie mit Ihrer/Ihrem Bevollmächtigten.

#### 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 lieber nicht so genau wissen, was auf mich zukommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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"/>
4. Ich möchte bei klarem Verstand sein, dafür nehme ich in Kauf, dass meine Schmerzen eventuell nicht ganz unterdrückt werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin nicht gerne von anderen abhängig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich möchte nicht im Krankenhaus sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich möchte in der Sterbephase nicht allein sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich möchte meiner Familie nicht zur Last fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich möchte meinen Angehörigen in guter Erinnerung bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich möchte, dass sich meine Ärztinnen/Ärzte auch bei einer psychiatrischen Erkrankung an meine in gesunden Tagen geäußerten Wertevorstellungen halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	1	2	3
11. Mir ist es wichtig, „unerledigte“ Dinge zu regeln, solange ich dazu fähig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mir ist es wichtig, dass meine Familie, Freundinnen/Freunde und/oder andere meine Entscheidungen bezüglich medizinischer Behandlungen jetzt und in Zukunft unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich möchte so lange wie möglich leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>
14. Ich möchte gemäß meiner weltanschaulichen Überzeugung und deren Tradition behandelt werden.	<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 Körperausscheidungen 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 (Freiwillige Ergänzung zur Patientenverfügung)

### Abklärung der Werte, die bei einer ärztlichen Behandlung entscheiden sollen

Wenn Sie möchten, können Sie die für Sie wichtigsten Bewertungen von medizinischen Eingriffen bei sehr schweren Unfällen, unheilbaren Krankheiten, in hohem Alter und in der Nähe des Todes zusammenfassen. 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 einer Ärztin/einem Arzt Ihres Vertrauens sowie mit Ihrer/Ihrem Bevollmächtigten.

#### 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 lieber nicht so genau wissen, was auf mich zukommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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"/>
4. Ich möchte bei klarem Verstand sein, dafür nehme ich in Kauf, dass meine Schmerzen eventuell nicht ganz unterdrückt werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin nicht gerne von anderen abhängig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich möchte nicht im Krankenhaus sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich möchte in der Sterbephase nicht allein sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich möchte meiner Familie nicht zur Last fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich möchte meinen Angehörigen in guter Erinnerung bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich möchte, dass sich meine Ärztinnen/Ärzte auch bei einer psychiatrischen Erkrankung an meine in gesunden Tagen geäußerten Wertevorstellungen halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3
11. Mir ist es wichtig, „unerledigte“ Dinge zu regeln, solange ich dazu fähig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mir ist es wichtig, dass meine Familie, Freundinnen/Freunde und/oder andere meine Entscheidungen bezüglich medizinischer Behandlungen jetzt und in Zukunft unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich möchte so lange wie möglich leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>
14. Ich möchte gemäß meiner weltanschaulichen Überzeugung und deren Tradition behandelt werden.	<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 Körperausscheidungen 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 \_\_\_\_\_

### Ich habe folgender Person eine Vorsorgevollmacht erteilt:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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 Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte

Hat meine Krankheit oder haben meine Verletzungen einen Verlauf genommen, der zu meinem Tod führen wird, oder ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes oder umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann (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 Unfall, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Koma oder Wachkoma von mehr als ..... Dauer mit geringer Wahrscheinlichkeit auf Besserung oder auf Erwachen 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"/>
• Lähmungen, die ein Weiterleben nur mittels Zwerchfellschrittmacher und/oder anderer lebensverlängernder Maßnahmen möglich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dauerhafter Verlust der Fähigkeit zu essen und zu trinken	<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"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

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

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt einer der oben mit „Ja“ angekreuzten Fälle oder ein vergleichbarer Fall vor, so verfüge ich hiermit, weitere ärztliche Behandlung, Eingriffe und lebenserhaltende Maßnahmen sowie die sich hierauf beziehenden pflegerischen Maßnahmen zu unterlassen.

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

	<b>Unterlassen</b>	
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
• Wiederbelebensmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Künstliche Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch Infusion oder jede Art von Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blut- oder Bauchfell-Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Behandlung mit Antibiotika oder Chemotherapeutika oder andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amputationen oder andere chirurgische Eingriffe mit dem Ziel der Lebensverlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diagnostische und therapeutische Eingriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(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 abzubrechen.

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

Diese Verfügung gilt auch für den Fall, dass bei Durchführung einer der oben ausgeschlossenen Behandlungen die Aussicht besteht, dass meine Einwilligungsfähigkeit wiederhergestellt werden könnte.

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 einwilligungs- 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 und medizinische Versuche an meinem Körper ab, auch wenn dadurch eine Chance auf Heilung bestehen könnte.

Ja                       Nein

Forschung an meinem Körper, die anderen zu Gute kommt, lehne ich ab.

Ja                       Nein

### **Verfügung zur Organspende**

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Ich bin Organspender/in

Ja                       Nein

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

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

Ja                       Nein

### III. Abschließende Bemerkungen

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

Dieser Patientenverfügung liegt meine persönliche Werteerklärung bei.

Ja

Nein

Die in dieser Patientenverfügung getroffenen Festlegungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu einem möglichen Autonomieverlust und zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar.

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 Menschenwürde und Lebensqualität entspricht.

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden

Aktualisierung:

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

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden



## Patientenverfügung

### I. Personalien

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: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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 Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte

Hat meine Krankheit oder haben meine Verletzungen einen Verlauf genommen, der zu meinem Tod führen wird, oder ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes oder umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann (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 Unfall, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Koma oder Wachkoma von mehr als ..... Dauer mit geringer Wahrscheinlichkeit auf Besserung oder auf Erwachen 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"/>
• Lähmungen, die ein Weiterleben nur mittels Zwerchfellschrittmacher und/oder anderer lebensverlängernder Maßnahmen möglich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dauerhafter Verlust der Fähigkeit zu essen und zu trinken	<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"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

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

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt einer der oben mit „Ja“ angekreuzten Fälle oder ein vergleichbarer Fall vor, so verfüge ich hiermit, weitere ärztliche Behandlung, Eingriffe und lebenserhaltende Maßnahmen sowie die sich hierauf beziehenden pflegerischen Maßnahmen zu unterlassen.

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

	<b>Unterlassen</b>	
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
• Wiederbelebungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Künstliche Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch Infusion oder jede Art von Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blut- oder Bauchfell-Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Behandlung mit Antibiotika oder Chemotherapeutika oder andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amputationen oder andere chirurgische Eingriffe mit dem Ziel der Lebensverlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diagnostische und therapeutische Eingriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(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 abzubrechen.

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

Diese Verfügung gilt auch für den Fall, dass bei Durchführung einer der oben ausgeschlossenen Behandlungen die Aussicht besteht, dass meine Einwilligungsfähigkeit wiederhergestellt werden könnte.

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 einwilligungs- 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 und medizinische Versuche an meinem Körper ab, auch wenn dadurch eine Chance auf Heilung bestehen könnte.

Ja                       Nein

Forschung an meinem Körper, die anderen zu Gute kommt, lehne ich ab.

Ja                       Nein

### **Verfügung zur Organspende**

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Ich bin Organspender/in

Ja                       Nein

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

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

Ja                       Nein

### III. Abschließende Bemerkungen

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

Dieser Patientenverfügung liegt meine persönliche Werteerklärung bei.

Ja

Nein

Die in dieser Patientenverfügung getroffenen Festlegungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu einem möglichen Autonomieverlust und zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar.

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 Menschenwürde und Lebensqualität entspricht.

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden

Aktualisierung:

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

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden

## Patientenverfügung

### I. Personalien

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: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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 Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte

Hat meine Krankheit oder haben meine Verletzungen einen Verlauf genommen, der zu meinem Tod führen wird, oder ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes oder umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann (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 Unfall, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Koma oder Wachkoma von mehr als ..... Dauer mit geringer Wahrscheinlichkeit auf Besserung oder auf Erwachen 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"/>
• Lähmungen, die ein Weiterleben nur mittels Zwerchfellschrittmacher und/oder anderer lebensverlängernder Maßnahmen möglich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dauerhafter Verlust der Fähigkeit zu essen und zu trinken	<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"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(Platz für persönliche Ergänzungen)*

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

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt einer der oben mit „Ja“ angekreuzten Fälle oder ein vergleichbarer Fall vor, so verfüge ich hiermit, weitere ärztliche Behandlung, Eingriffe und lebenserhaltende Maßnahmen sowie die sich hierauf beziehenden pflegerischen Maßnahmen zu unterlassen.

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

	<b>Unterlassen</b>	
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
• Wiederbelebungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Künstliche Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch Infusion oder jede Art von Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blut- oder Bauchfell-Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Behandlung mit Antibiotika oder Chemotherapeutika oder andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amputationen oder andere chirurgische Eingriffe mit dem Ziel der Lebensverlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diagnostische und therapeutische Eingriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(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 abzubrechen.

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

Diese Verfügung gilt auch für den Fall, dass bei Durchführung einer der oben ausgeschlossenen Behandlungen die Aussicht besteht, dass meine Einwilligungsfähigkeit wiederhergestellt werden könnte.

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 einwilligungs- 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 und medizinische Versuche an meinem Körper ab, auch wenn dadurch eine Chance auf Heilung bestehen könnte.

Ja                       Nein

Forschung an meinem Körper, die anderen zu Gute kommt, lehne ich ab.

Ja                       Nein

### **Verfügung zur Organspende**

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Ich bin Organspender/in

Ja                       Nein

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

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

Ja                       Nein

### III. Abschließende Bemerkungen

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

Dieser Patientenverfügung liegt meine persönliche Werteerklärung bei.

Ja

Nein

Die in dieser Patientenverfügung getroffenen Festlegungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu einem möglichen Autonomieverlust und zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar.

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 Menschenwürde und Lebensqualität entspricht.

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden

Aktualisierung:

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

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden

## Vorsorgevollmacht zur Gesundheitsfürsorge

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Ich bevollmächtige ohne Zwang und aus freiem Willen

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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.

### Ersatzbevollmächtigte/r soll

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

sein.

Mit dieser Vollmacht soll die Bestellung einer gesetzlichen Betreuerin/eines gesetzlichen Betreuers vermieden werden. Wird dennoch eine Betreuerin/ein Betreuer bestellt, soll diese Vollmacht wirksam bleiben.

Darüber hinaus wünsche ich, dass die/der Bevollmächtigte auch meine gesetzliche Betreuerin/mein gesetzlicher Betreuer für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

Mein/e Bevollmächtigte/r kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung vom ..... niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige sie/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 in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens
- 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 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 vom ..... genauestens zu befolgen.
- Entscheidungen darüber, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen
- 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 kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich also in einer psychiatrischen Klinik, einer stationären oder sonstigen Einrichtung aufhalte, ohne dort 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.

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

#### Untervollmacht

- Die/der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

#### Hinweis für die Bevollmächtigte/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

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Ich bevollmächtige ohne Zwang und aus freiem Willen

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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.

### Ersatzbevollmächtigte/r soll

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

sein.

Mit dieser Vollmacht soll die Bestellung einer gesetzlichen Betreuerin/eines gesetzlichen Betreuers vermieden werden. Wird dennoch eine Betreuerin/ein Betreuer bestellt, soll diese Vollmacht wirksam bleiben.

Darüber hinaus wünsche ich, dass die/der Bevollmächtigte auch meine gesetzliche Betreuerin/mein gesetzlicher Betreuer für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

Mein/e Bevollmächtigte/r kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung vom ..... niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige sie/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 in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens
- 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 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 vom ..... genauestens zu befolgen.
- Entscheidungen darüber, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen
- 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 kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich also in einer psychiatrischen Klinik, einer stationären oder sonstigen Einrichtung aufhalte, ohne dort 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.

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

#### **Untervollmacht**

- Die/der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

#### **Hinweis für die Bevollmächtigte/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

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Ich bevollmächtige ohne Zwang und aus freiem Willen

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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.

### Ersatzbevollmächtigte/r soll

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

sein.

Mit dieser Vollmacht soll die Bestellung einer gesetzlichen Betreuerin/eines gesetzlichen Betreuers vermieden werden. Wird dennoch eine Betreuerin/ein Betreuer bestellt, soll diese Vollmacht wirksam bleiben.

Darüber hinaus wünsche ich, dass die/der Bevollmächtigte auch meine gesetzliche Betreuerin/mein gesetzlicher Betreuer für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

Mein/e Bevollmächtigte/r kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung vom ..... niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige sie/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 in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens
- 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 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 vom ..... genauestens zu befolgen.
- Entscheidungen darüber, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen
- 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 kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich also in einer psychiatrischen Klinik, einer stationären oder sonstigen Einrichtung aufhalte, ohne dort 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.

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

#### Untervollmacht

- Die/der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

#### Hinweis für die Bevollmächtigte/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: \_\_\_\_\_

### Ich bevollmächtige ohne Zwang und aus freiem Willen

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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, die ich im Folgenden angegeben habe, zu vertreten.

### Ersatzbevollmächtigte/r soll

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

sein.

Im Falle einer Betreuer/innenbestellung durch das Betreuungsgericht soll diese Vollmacht wirksam bleiben. Darüber hinaus wünsche ich, dass die/der Bevollmächtigte auch mein/e gesetzliche/r Betreuer/in für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

## I. Umfang der Vollmacht

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

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

### 1. Im gesundheitlichen Bereich

Mein/e Bevollmächtigte/r kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung vom ..... niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige sie/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 in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens
- 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 wird
- 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 vom ..... genauestens zu befolgen
- Entscheidungen darüber, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen
- 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 geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen freiheitsentziehenden Unterbringung nicht kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich also in einer psychiatrischen Klinik, einer stationären oder sonstigen Einrichtung aufhalte, ohne dort 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.

Die/der Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch bereits getroffene Entscheidungen zurücknehmen. Sie/er darf alle Pflege-/Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Insofern entbinde ich alle mich behandelnden Ärztinnen/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 die/den Bevollmächtigte/n oder Dritte
  - d) \_\_\_\_\_

### 3. Im Bereich der persönlichen Angelegenheiten

Meine/mein Bevollmächtigte/r 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 Fernmeldeverkehr: Entgegennahme und Öffnen der Post sowie Entscheidung über den Fernmeldeverkehr. 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/innen-Konten, und das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Hierzu darf die/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.

### II. Untervollmacht

- Die/der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

## Generalvollmacht

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Ich bevollmächtige ohne Zwang und aus freiem Willen

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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, die ich im Folgenden angegeben habe, zu vertreten.

### Ersatzbevollmächtigte/r soll

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

sein.



Im Falle einer Betreuer/innenbestellung durch das Betreuungsgericht soll diese Vollmacht wirksam bleiben. Darüber hinaus wünsche ich, dass die/der Bevollmächtigte auch mein/e gesetzliche/r Betreuer/in für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

## I. Umfang der Vollmacht

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

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

### 1. Im gesundheitlichen Bereich

Mein/e Bevollmächtigte/r kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung vom ..... niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige sie/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 in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens
- 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 wird
- 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 vom ..... genauestens zu befolgen
- Entscheidungen darüber, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen
- 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 geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen freiheitsentziehenden Unterbringung nicht kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
  
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich also in einer psychiatrischen Klinik, einer stationären oder sonstigen Einrichtung aufhalte, ohne dort 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.

Die/der Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch bereits getroffene Entscheidungen zurücknehmen. Sie/er darf alle Pflege-/Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Insofern entbinde ich alle mich behandelnden Ärztinnen/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 die/den Bevollmächtigte/n oder Dritte
  - d) \_\_\_\_\_

### 3. Im Bereich der persönlichen Angelegenheiten

Meine/mein Bevollmächtigte/r 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 Fernmeldeverkehr: Entgegennahme und Öffnen der Post sowie Entscheidung über den Fernmeldeverkehr. 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/innen-Konten, und das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Hierzu darf die/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.

### II. Untervollmacht

- Die/der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

## Generalvollmacht

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Ich bevollmächtige ohne Zwang und aus freiem Willen

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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, die ich im Folgenden angegeben habe, zu vertreten.

### Ersatzbevollmächtigte/r soll

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

sein.

Im Falle einer Betreuer/innenbestellung durch das Betreuungsgericht soll diese Vollmacht wirksam bleiben. Darüber hinaus wünsche ich, dass die/der Bevollmächtigte auch mein/e gesetzliche/r Betreuer/in für die Aufgaben werden soll, die in der Vorsorgevollmacht möglicherweise nicht ausdrücklich geregelt sind.

## I. Umfang der Vollmacht

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

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

### 1. Im gesundheitlichen Bereich

Mein/e Bevollmächtigte/r kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung vom ..... niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Ich bevollmächtige sie/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 in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege sowie Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens
- 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 wird
- 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 vom ..... genauestens zu befolgen
- Entscheidungen darüber, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen
- 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 geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen freiheitsentziehenden Unterbringung nicht kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
  
- Entscheidungen über Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn ich mich also in einer psychiatrischen Klinik, einer stationären oder sonstigen Einrichtung aufhalte, ohne dort 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.

Die/der Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch bereits getroffene Entscheidungen zurücknehmen. Sie/er darf alle Pflege-/Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Insofern entbinde ich alle mich behandelnden Ärztinnen/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 die/den Bevollmächtigte/n oder Dritte
  - d) \_\_\_\_\_

### 3. Im Bereich der persönlichen Angelegenheiten

Meine/mein Bevollmächtigte/r 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 Fernmeldeverkehr: Entgegennahme und Öffnen der Post sowie Entscheidung über den Fernmeldeverkehr. 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/innen-Konten, und das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Hierzu darf die/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.

### II. Untervollmacht

- Die/der Bevollmächtigte ist befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.
- Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

## Betreuungsverfügung

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 eine Betreuerin/ein Betreuer als gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

### Als meine Betreuerin/meinen Betreuer schlage ich vor:

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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



**Auf keinen Fall zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden soll:**

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Gleiches gilt für den Fall, dass meine Vorsorgevollmacht – so sie vorliegt – in den dort geregelten Teilbereichen lückenhaft oder in Gänze unwirksam ist.

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin/den Betreuer verweise ich auf meine Patientenverfügung vom .....

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

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 eine Betreuerin/ein Betreuer als gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

### Als meine Betreuerin/meinen Betreuer schlage ich vor:

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Auf keinen Fall zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden soll:

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Gleiches gilt für den Fall, dass meine Vorsorgevollmacht – so sie vorliegt – in den dort geregelten Teilbereichen lückenhaft oder in Gänze unwirksam ist.

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin/den Betreuer verweise ich auf meine Patientenverfügung vom .....

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

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 eine Betreuerin/ein Betreuer als gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

### Als meine Betreuerin/meinen Betreuer schlage ich vor:

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Auf keinen Fall zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden soll:**

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Gleiches gilt für den Fall, dass meine Vorsorgevollmacht – so sie vorliegt – in den dort geregelten Teilbereichen lückenhaft oder in Gänze unwirksam ist.

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin/den Betreuer verweise ich auf meine Patientenverfügung vom .....

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: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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.

Die folgenden Punkte habe ich mit meiner/meinem Bevollmächtigten besprochen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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 meiner behandelnden Hausärztin/  
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. \_\_\_\_\_

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 von meiner Grunderkrankung unabhängige Erkrankung 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 einem Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr verlange ich ausreichende Mundbefeuchtung, um mir quälende Durstgefühle und Schleimhautschädigungen zu ersparen. Ja  Nein
- Sollte aus schwerwiegenden Gründen eine Fixierung notwendig erscheinen, so ist in jedem Fall die Zustimmung meiner/meines Bevollmächtigten einzuholen. Ja  Nein
- Sollte ich eine ärztlich empfohlene Behandlung ablehnen, weil meine Einsichtsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft nicht mehr gegeben ist, ist meine Bevollmächtigte/mein Bevollmächtigter unverzüglich in die Ermittlung meines mutmaßlichen Willens einzubeziehen. Ja  Nein
- Sowohl bei häuslicher und ambulanter als auch bei stationärer Versorgung sollen meine Festlegungen berücksichtigt werden und jegliche Abweichung mit meiner/meinem Bevollmächtigten besprochen und protokolliert werden. Ja  Nein



Platz für zusätzliche persönliche Erklärungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich habe den Inhalt mit folgenden Personen besprochen:

- Meiner/meinem Bevollmächtigten Ja  Nein
- Meiner Hausärztin/meinem Hausarzt Ja  Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Bevollmächtigten (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift der Hausärztin/des Hausarztes (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift Alten- bzw. Pflegeheim oder Hospiz (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: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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.

Die folgenden Punkte habe ich mit meiner/meinem Bevollmächtigten besprochen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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 meiner behandelnden Hausärztin/  
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. \_\_\_\_\_

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 von meiner Grunderkrankung unabhängige Erkrankung 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 einem Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr verlange ich ausreichende Mundbefeuchtung, um mir quälende Durstgefühle und Schleimhautschädigungen zu ersparen. Ja  Nein
- Sollte aus schwerwiegenden Gründen eine Fixierung notwendig erscheinen, so ist in jedem Fall die Zustimmung meiner/meines Bevollmächtigten einzuholen. Ja  Nein
- Sollte ich eine ärztlich empfohlene Behandlung ablehnen, weil meine Einsichtsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft nicht mehr gegeben ist, ist meine Bevollmächtigte/mein Bevollmächtigter unverzüglich in die Ermittlung meines mutmaßlichen Willens einzubeziehen. Ja  Nein
- Sowohl bei häuslicher und ambulanter als auch bei stationärer Versorgung sollen meine Festlegungen berücksichtigt werden und jegliche Abweichung mit meiner/meinem Bevollmächtigten besprochen und protokolliert werden. Ja  Nein

## Platz für zusätzliche persönliche Erklärungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ich habe den Inhalt mit folgenden Personen besprochen:

- Meiner/meinem Bevollmächtigten Ja  Nein
- Meiner Hausärztin/meinem Hausarzt Ja  Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Bevollmächtigten (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift der Hausärztin/des Hausarztes (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift Alten- bzw. Pflegeheim oder Hospiz (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: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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.

Die folgenden Punkte habe ich mit meiner/meinem Bevollmächtigten besprochen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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 meiner behandelnden Hausärztin/  
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. \_\_\_\_\_

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 von meiner Grunderkrankung unabhängige Erkrankung 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 einem Verzicht auf jede Form von Flüssigkeitszufuhr verlange ich ausreichende Mundbefeuchtung, um mir quälende Durstgefühle und Schleimhautschädigungen zu ersparen. Ja  Nein
- Sollte aus schwerwiegenden Gründen eine Fixierung notwendig erscheinen, so ist in jedem Fall die Zustimmung meiner/meines Bevollmächtigten einzuholen. Ja  Nein
- Sollte ich eine ärztlich empfohlene Behandlung ablehnen, weil meine Einsichtsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft nicht mehr gegeben ist, ist meine Bevollmächtigte/mein Bevollmächtigter unverzüglich in die Ermittlung meines mutmaßlichen Willens einzubeziehen. Ja  Nein
- Sowohl bei häuslicher und ambulanter als auch bei stationärer Versorgung sollen meine Festlegungen berücksichtigt werden und jegliche Abweichung mit meiner/meinem Bevollmächtigten besprochen und protokolliert werden. Ja  Nein



**Platz für zusätzliche persönliche Erklärungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ich habe den Inhalt mit folgenden Personen besprochen:**

- Meiner/meinem Bevollmächtigten Ja  Nein
- Meiner Hausärztin/meinem Hausarzt Ja  Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Bevollmächtigten (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift der Hausärztin/des Hausarztes (empfohlen)

---

Ort, Datum, Unterschrift Alten- bzw. Pflegeheim oder Hospiz (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 Ärztinnen und 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.html>.



**DGHS** Notfall-Ausweis


**Max Mustermann**  
Geburtsdatum: 01.11.1980  
Einsicht meiner Verfügungen über Internet: <https://dmsweb.dghs.de>  
Benutzer: 11111  
Passwort: dghs999999

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V.  
Tel. +49/(0)1 80/5 91 99 91 (14 Cent pro Min.)  
[www.dghs.de](http://www.dghs.de) · [info@dghs.de](mailto:info@dghs.de)



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.

Mit den vorne abgedruckten Daten erhalten Sie Einsicht in meine unterzeichneten Willensverfügungen und ggf. weitere Notfall-Dokumente im Internet. Alle Institutionen, denen diese Karte ausgehändigt wird, müssen meine Verfügungen beachten. Diese bekunden mein Recht auf Selbstbestimmung bis zur letzten Lebensminute.



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bei der DGHS registriert bin.  
Dieser Notfall-Ausweis ist nicht übertragbar.

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

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.

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: \_\_\_\_\_

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 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. Ärztinnen/Ärzten, Pflegekräften, Richterinnen/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 der Teilnehmerin/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

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.

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: \_\_\_\_\_

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 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. Ärztinnen/Ärzten, Pflegekräften, Richterinnen/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 der Teilnehmerin/des Teilnehmers. Die Informationen, die Sie mit Ihrer Teilnahme geben, werden von uns nach den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DGSVO), 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 daher das Recht für mich in Anspruch, Zeitpunkt und Art meines Todes selbst zu bestimmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der/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 Freitods 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 der/des Verfügenden (zwingend erforderlich)



## 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/r Partner/in 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/in \_\_\_\_\_

### 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

