



Patient:inneninformation

# Vorsorge ist Fürsorge

Patient:innenverfügung | Vorsorgevollmacht | Betreuungsverfügung |  
Gesetzliche Betreuung

# Inhalt

|    |                                   |
|----|-----------------------------------|
| 5  | Vorwort                           |
| 6  | Gesetzliche Betreuung             |
| 8  | Treffen Sie Vorsorge!             |
| 10 | Vorsorgevollmacht                 |
| 12 | Formalien                         |
| 13 | Inhalt                            |
| 15 | Erstellung und Aufbewahrung       |
| 15 | Textbeispiel                      |
| 16 | Betreuungsverfügung               |
| 18 | Patient:innenverfügung            |
| 19 | Formalien                         |
| 19 | Rechtliche Wirkung                |
| 20 | Inhalt                            |
| 20 | Hilfe bei schweren Entscheidungen |
| 22 | Organspende                       |
| 23 | Anlagen                           |
| 25 | Anlage 1 – Vorsorgevollmacht      |
| 31 | Anlage 2 – Betreuungsverfügung    |
| 33 | Anlage 3 – Patient:innenverfügung |
| 41 | Adressen                          |
| 42 | Impressum                         |
| 43 | Vorsorgeausweis                   |

Alle Inhalte dieser Broschüre wurden nach bestem Wissen und Gewissen ausgestaltet. Alle Formulare und Mustertexte sind auf den Einzelfall anzupassen. Eine Haftung für die Inhalte und deren Verwendung wird ausgeschlossen. Bitte beachten Sie, dass sich auch die Rechtslage und -auslegung jederzeit ändern kann.

Die veröffentlichten Fotos entsprachen zum Zeitpunkt der Aufnahme den jeweils geltenden Corona-Richtlinien bzw. sind vor der Pandemie entstanden.



Patient:innen  
im Mittelpunkt Eine Initiative des Forum Patient:innenorientierung

Getragen von der UKE-Leitbildsäule „Konsequente Patient:innenorientierung“ ist es das zentrale Ziel des UKE, Patient:innen noch stärker in den Mittelpunkt unserer gemeinsamen Arbeit zu stellen. Das berufsübergreifende „Forum für Patient:innenorientierung“ füllt das Thema mit Leben.

## Liebe Leserin, lieber Leser,

niemand möchte plötzlich in eine Situation geraten, die es einem unmöglich macht, den eigenen Willen klar auszudrücken. Jedoch sind es gerade die unerwarteten Situationen im Leben, die Angehörige, Familie und Freunde extrem fordern. Von einem Augenblick zum nächsten kann ein Umstand eintreten, in welchem andere für uns handeln müssen.

Wer aber regelt die persönlichen Angelegenheiten, entscheidet über ärztliche Eingriffe oder etwa den Umzug in ein Pflegeheim? Viele mögen glauben, Verwandte und Freunde könnten im Sinne des Betroffenen handeln. Doch das trifft nicht unbedingt zu. Selbst Angehörige dürfen nur rechtswirksame Entscheidungen treffen, wenn sie dazu vorher schriftlich bevollmächtigt worden sind. Sicherlich ist es nicht einfach, dieses Thema im Familien- und Freundeskreis anzusprechen. Statt jedoch das Problem zu verdrängen, zu verschieben oder zu ignorieren, sollte sich jeder frühzeitig überlegen, wie er eine solche Extremsituation geregelt wissen will.

Diese Broschüre soll dazu beitragen, sich angemessen dieser Fragestellung zu nähern. Nach gründlicher Auseinandersetzung mit allen Aspekten kann dann jeder für sich entscheiden, ob er die Möglichkeit nutzen möchte, mittels einer Vollmacht, einer Betreuungsverfügung und einer Patient:innenverfügung Fehlentscheidungen anderer zu vermeiden. Die Broschüre kann eine fachkundige persönliche Beratung nicht ersetzen. Sie soll Ihnen jedoch als Ermutigung dienen, Vorsorgeregungen mit nahe stehenden Personen, Ärzt:innen, Anwält:innen oder Pflegenden zu besprechen und gegebenenfalls ergänzende Informationen einzuholen.

Ich kann Ihnen nur ans Herz legen, selbst eine Vorsorgeregung zu treffen. Dadurch vereinfachen Sie auch in erheblichem Maße die Arbeit aller Mitarbeitenden unseres Hauses, die mit Fällen dieser Art befasst sind, und vermeiden lange Übergangszeiten voller Ungewissheit.

Prof. Dr. Burkhard Göke  
Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender

## Gesetzliche Betreuung

Das Gesetz sieht die Einrichtung einer Betreuung vor, wenn Sie Ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. In diesem Fall wird für Sie durch das Betreuungsgericht (vormals Vormundschaftsgericht), einer Abteilung des Amtsgerichts, ein:e gesetzliche:r Vertreter:in, ein:e Betreuer:in, bestellt (§ 1896 BGB).

Die vom Betreuungsgericht bestellte Betreuungsperson übt dann in dem vorgegebenen Aufgabenbereich etwa das Aufenthaltsbestimmungsrecht aus oder tritt im Bereich Ihrer Gesundheitsorge als Ihr:e Vertreter:in gegenüber den Ärzt:innen und dem Krankenpflegepersonal auf. Die Betreuung kann auch auf den Bereich der Vermögenssorge erstreckt werden.

Abgesehen von Eilfällen kann die gerichtliche Bestellung einer betreuenden Person viel Zeit beanspruchen. Nehmen Sie einmal an, bei einem Ihrer Angehörigen oder Nachbarn spitzt sich aufgrund einer krankheitsbedingten Einschränkung eine Krise zu: Rechnungen werden nicht bezahlt, die Wohnung wird gekündigt, behördliche Post und anderer Schriftverkehr werden nicht bearbeitet. In diesen Fällen werden die zuständigen Stellen von beliebiger Seite aus informiert (z. B. Hausärzt:innen, Angehörige, Nachbarn, Polizei, ...) und beginnen zu ermitteln. Die Ärzt:innen werden mit der Erstellung eines Gutachtens über die Erkrankung und deren Auswirkungen beauftragt.

Nach Abschluss der Ermittlungen beschließt das Betreuungsgericht bei Vorliegen der eingangs genannten Voraussetzungen die Bestellung einer Betreuungsperson. Viele Betreuungen werden ehrenamtlich von Familienangehörigen übernommen. Das Gericht wird geeignete Angehörige oder vorgeschlagene Bekannte grundsätzlich vorziehen, wenn diese dazu bereit sind. Findet sich niemand, so werden Berufsbetreuer:innen, oft Rechtsanwält:innen eingesetzt.



## Treffen Sie Vorsorge!

Das Betreuungsverfahren können Sie vermeiden. Dazu müssen Sie frühzeitig in einer **Vollmacht** bestimmen, welche Vertrauensperson in Fragen der Gesundheits- und/oder Vermögenssorge oder des Aufenthalts (z. B. Unterbringung in einem Pflegeheim) Entscheidungen stellvertretend für Sie treffen darf. Eine solche Vollmacht ersetzt eine Betreuung. Das Betreuungsgericht braucht nicht tätig zu werden. Wenn Sie niemanden kennen, dem Sie eine Vollmacht erteilen wollen, oder wenn Sie eine gerichtliche Kontrolle über Ihre zu regelnden Angelegenheiten vorziehen, können Sie eine **Betreuungsverfügung** errichten.

Die Betreuungsverfügung ist aber keine Vollmacht. Sie haben nur die Möglichkeit, der künftigen Betreuungsperson, die vom Gericht bestellt wird, bestimmte Vorstellungen und Wünsche an die Hand zu geben (siehe Betreuungsverfügung, S. 16).

Zudem ist es möglich, mit einer **Patient:innenverfügung** Wünsche, Anweisungen und Verbote festzulegen, die zum Ausdruck bringen, wie Sie in einer konkreten Situation medizinisch versorgt werden möchten (§ 1901a BGB). So können Sie Ihrem Selbstbestimmungsrecht auch dann Geltung verschaffen, wenn Sie krankheitsbedingt nicht mehr einwilligungsfähig sind, d. h. wenn Sie nicht mehr für sich sprechen können.

Von der Möglichkeit, eine Vollmacht an eine Vertrauensperson zu erteilen – meistens einen Angehörigen oder Freund – machen Patient:innen zunehmend Gebrauch.

### Bitte denken Sie daran:

Auch Eheleute bedürfen untereinander einer Vollmacht, wenn der eine für den anderen als vertretende Person fungieren will.

Die Ehefrau oder der Ehemann ist nicht gesetzliche Vertretung des Ehepartners.

Grundsätzlich kann ein Ehepartner nicht für den anderen handeln. Seine rechtliche Stellung unterscheidet sich insoweit nicht von der einer außenstehenden Person.

Ganz allgemein bestehen somit **drei Möglichkeiten der Vorsorge** für den Fall, dass Sie nicht mehr selbst über Ihr Leben bestimmen können. Diese Möglichkeiten sollten Sie nutzen, um bei Eintritt der Voraussetzungen Klarheit zu schaffen:

- Sie können jemandem **Vollmacht** erteilen, für Sie gegenüber den Ärzt:innen zu handeln.
- Sie können auch durch eine **Betreuungsverfügung** anregen, dass eine bestimmte Person vom Gericht als Betreuer:in bestellt wird, Diese kann dann in gleicher Weise auf das Handeln der Ärzt:innen Einfluss nehmen.
- Sie können schließlich selbst den behandelnden Ärzt:innen durch eine **Patient:innenverfügung** Anweisungen für die medizinische Versorgung geben.



## Vorsorgevollmacht

Man kann nach dem Gesetz grundsätzlich einer anderen Person eine Vollmacht zur Erledigung einzelner Rechtsgeschäfte – etwa Abschluss eines Mietvertrags – oder zur Vertretung bei allen anfallenden Rechtsgeschäften (Generalvollmacht) erteilen. Die bevollmächtigte Person kann für den/die Vollmachtgeber:in nach wirksamer Bevollmächtigung sofort handeln.

Demgegenüber ist in der Rechtspraxis der Begriff der Vorsorgevollmacht entwickelt worden. Sie ist grundsätzlich umfassend, also insoweit vergleichbar mit einer Generalvollmacht, soll aber erst dann zur Anwendung kommen, wenn der/die Vollmachtgeber:in seine rechtlichen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Hintergrund dieser Regelung ist, dass die Vorsorgevollmacht unabhängig von einer denkbaren späteren Erkrankung und auf der Basis umfassender Information und Überlegung erteilt werden soll, wenn der/die Vollmachtgeber:in noch uneingeschränkt in der Lage ist, seine Dinge zu ordnen. Die Vorsorgevollmacht setzt ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Vollmachtgeber:in und Bevollmächtigten voraus.

Damit die Vollmacht im Sinne des/der Vollmachtgebers:in verwendet wird, sollte dieser der bevollmächtigten Person möglichst schon bei Vollmachterteilung seine Wünsche deutlich machen. Etwa in finanziellen Fragen, hinsichtlich Aufenthalt und Pflege bei Krankheit und Gebrechlichkeit und zu ärztlichen Maßnahmen am Lebensende. Aus diesen Wünschen folgt eine entsprechende rechtliche Verpflichtung des Bevollmächtigten für sein Handeln.

Jeder volljährige geschäftsfähige Mensch kann eine Vollmacht erteilen. Die Vollmacht – also auch die Vorsorgevollmacht – wird wirksam, wenn die bevollmächtigte Person über die Vollmacht und deren Inhalt in Kenntnis gesetzt worden ist. Um sich gegenüber Geschäftspartnern, Ärzt:innen, Behörden oder gegenüber dem Betreuungsgericht legitimieren zu können, benötigt der/die Bevollmächtigt:e das Original oder eine notariell beglaubigte Ausfertigung der Vollmacht.

Die Vorsorgevollmacht – wie auch jede andere Vollmacht – sollte aus Gründen der Rechtssicherheit ohne Bedingung für ihre Wirksamkeit erteilt werden. Die Vorsorgevollmacht bleibt nach dem Gesetz wirksam, auch wenn der/die Vollmachtgeber:in geschäftsunfähig wird oder stirbt (§ 130 Abs. 2 BGB), wenn nichts anderes vereinbart ist. Zur Klarstellung ist es sinnvoll, die Geltung über den Tod hinaus in der Vollmacht besonders zu erwähnen. Erben können die Vollmacht widerrufen.

## Formalien

- Die Vorsorgevollmacht bedarf grundsätzlich keiner besonderen Form durch notarielle Beglaubigung oder Beurkundung. Sie muss aber, auch aus Gründen des besseren Nachweises, schriftlich – handschriftlich oder maschinell – abgefasst und unterschrieben sein. Es empfiehlt sich auch, die Vollmacht mit Datum zu versehen. Sie können ein entsprechendes Formular benutzen (S. 25). Sie sollten darauf achten, dass die Unterschrift den Text der Vollmacht voll abdeckt. Das wird gewährleistet, wenn der Text auf eine Seite oder auf Vorder- und Rückseite eines Blattes begrenzt wird.
- **Geldinstitute erkennen in der Regel Vollmachten nur an, wenn dazu entsprechende Formulare der jeweiligen Institute verwendet werden. Etwas anderes gilt, wenn eine notariell beurkundete Vollmacht vorgelegt wird. Für Immobiliengeschäfte, die Aufnahme von Darlehen und für Handelsgewerberegisterangelegenheiten ist eine notarielle Vollmacht erforderlich.**
- Insbesondere ältere Menschen sollten die Vollmacht durch einen oder zwei Zeugen mitunter-

schreiben lassen, die durch ihre Unterschrift bestätigen, dass der/die Verfasser:in aus ihrer Sicht bei der Abfassung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte war. Denn die Vollmacht ist nur wirksam, wenn ihr:e Verfasser:in geschäftsfähig war. Sollten Zeugen nicht zur Verfügung stehen, empfiehlt es sich, Ihre Unterschrift durch eine:n Notar:in beglaubigen zu lassen.

- Die Vollmacht wird erst wirksam, wenn der/die Bevollmächtigt:e über die Vollmacht und ihren Inhalt informiert worden ist. Um dies nachzuweisen, sollte die Vollmacht von der/dem Bevollmächtigten möglichst mitunterschrieben werden.
- Händigen Sie ein Exemplar der Vollmacht nach Ihrer Unterschrift an den/die Bevollmächtigten aus mit der Bitte, diese bei jeder Krankenhausaufnahme den behandelnden Ärzt:innen vorzulegen. Das zweite, ebenfalls unterschriebene Original verwahren Sie leicht auffindbar bei Ihren sonstigen Dokumenten. Außerdem ist es ratsam, eine Kopie der Vollmacht oder einen Hinweis auf das Vorhandensein einer Verfügung unter Angabe des Namens und der Telefonnummer der/des Bevollmächtigten bei sich zu tragen (vgl. Muster eines sog.

Vorsorgeausweises auf dem Umschlag). Auch sollten Angehörige, oder ein Arzt oder eine Ärztin des Vertrauens über das Vorliegen einer Vollmacht informiert sein.

- Die Vollmacht kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden, solange Sie geschäftsfähig sind. Fordern Sie in diesem Fall das Vollmachts-exemplar von dem/der Bevollmächtigten zurück!

## Inhalt

Bei der inhaltlichen Fassung einer Vollmacht ist Folgendes zu beachten/zu empfehlen:

- Sie sollten festhalten, dass die Vollmacht auch nach Ihrem Tode fortgilt. Der/die Bevollmächtigte bleibt handlungsfähig. Die Nachlassabwicklung kann erleichtert werden, bis die Erben die Geschäfte übernehmen.
- Sie können auch mehreren Personen, etwa Ihren Kindern, eine Vollmacht erteilen. Dies birgt jedoch das Risiko, dass sich die Bevollmächtigten nicht einigen können oder der/die Bevollmächtigte im Notfall nicht erreichbar ist.
- Sie sollten für den Fall, dass der/die Bevollmächtigte nicht in der Lage ist, die erteilte Vollmacht

auszuüben, eine:n Ersatzbevollmächtigte:n benennen.

- Sie können, wenn der/die Bevollmächtigte für einzelne Handlungen verhindert sein sollte, eine Untervollmacht erteilen.
- Es ist empfehlenswert die Vollmacht nicht nur auf die Gesundheits-sorge zu beschränken, sondern auch auf das Aufenthaltsbestimmungsrecht und die Vermögens-sorge auszudehnen. Vorteil einer umfassenderen Vollmacht ist, dass der/die Bevollmächtigte damit während Ihres Krankenhausaufenthalts und der Zeit Ihrer Geschäftsunfähigkeit z. B. auch bestimmte notwendige, in der schriftlichen Vollmacht benannte Vermögensangelegenheiten vornehmen kann. Die in dieser Broschüre als Muster enthaltene Vollmacht ist eine Vollmacht, bei der Sie durch Ankreuzen auswählen können, für welche Bereiche Sie eine Vertretung wünschen. Beschränken Sie den Aufgabenbereich der Bevollmächtigten, so müssen Sie bedenken, dass für die ausgenommenen Bereiche grundsätzlich eine andere Person bevollmächtigt oder bei fehlender Bevollmächtigung, das Gericht eine:n Betreuer:in bestellen muss, damit für Sie gehandelt werden kann.

- Bei bestimmten Maßnahmen, wie etwa bei besonders schwerwiegenden Eingriffen in Ihre Gesundheit oder Ihre Persönlichkeitsrechte sieht das Gesetz eine Kontrolle durch das Betreuungsgericht vor. Diese Maßnahmen sind in § 1904, § 1906 und § 1906a des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) beschrieben. In diesen Fällen muss der/die Vorsorgebevollmächtigte die Genehmigung des Gerichts einholen, bevor er in eine Maßnahme einwilligt, sie widerruft oder ablehnt.

**Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn zwischen Arzt oder Ärztin und Bevollmächtigten Einvernehmen besteht, dass die Maßnahme dem nach § 1901 a BGB festgestelltem Willen des/der Vollmachtgebers:in entspricht.**

Wichtig ist, dass schwerwiegenden Maßnahmen ausdrücklich in der Vollmacht benannt werden müssen. Andernfalls ist der Bevollmächtigte nicht befugt, in diese einzuwilligen.

### Beispiele für schwerwiegende Maßnahmen sind:

- Eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der oder die Patient:in aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (§ 1904 Abs. 1 BGB).
- Die Unterbringung, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist (§ 1906 Abs. 1 BGB – Einzelfälle siehe Anlage 1).
- Maßnahmen, die einer Freiheitsentziehung gleichkommen (z. B. die Anbringung von Bettgittern oder Gurten oder die Verabreichung betäubender Medikamente, § 1906 Abs. 4 BGB).
- Ärztliche Zwangsmaßnahmen nach § 1906a BGB.

### Erstellung und Aufbewahrung

Hilfestellung bei der Anfertigung einer Vollmacht sowie nähere Hinweise und Auskünfte erhalten Sie unter den Anschriften auf Seite 41. Außerdem können Sie sich an Notari:innen und Rechtsanwält:innen wenden, die Ihnen allerdings ein Honorar in Rechnung stellen werden. Ist ein erhebliches Vermögen vorhanden mit umfangreichem Regelungsbedarf durch den Bevollmächtigten, empfiehlt sich eine ausführliche rechtliche Beratung sowie die Beurkundung der Vollmacht, damit diese auch von Banken, Behörden und Gerichten problemlos akzeptiert wird.

Eine sicher aufbewahrte Vollmacht schützt vor Missbrauch. Die Vollmacht sollte deshalb für den Bevollmächtigten zugänglich aufbewahrt oder ihm sogleich übergeben werden. Wenn Sie die Ausweiskarte auf dem Umschlag dieser Broschüre ausfüllen und stets mit sich führen, erleichtern Sie es Außenstehenden, sich über von Ihnen erteilte Vollmachten und andere Vorsorgemaßnahmen zu informieren.

Bei der Bundesnotarkammer (Adresse auf S. 41) gibt es ein zentrales Register für Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Aus diesem Register können Gerichte von Vorsorgeverfügungen erfahren. Durch die Eintragung Ihrer Vollmachten und/oder Verfügungen im Register kann eine gerichtliche Betreuung vermieden werden. Ein entsprechendes Anmeldeformular erhalten Sie bei der Bundesnotarkammer. Diese Möglichkeit besteht für jede Vorsorgeverfügung, also nicht nur für notariell beurkundete Schriftstücke. Für die Registrierung wird eine einmalige Gebühr erhoben, die je nach Aufwand bei ca. 20 Euro liegt.

### Textbeispiel

Diese Broschüre enthält als Anlage 1 ein Textbeispiel des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz für eine Vorsorgevollmacht. Grundsätzlich sind keine Formulierungen zwingend vorgeschrieben. Die Bevollmächtigung selbst und der Umfang sollten aber klar und eindeutig gefasst sein zum Schutz von Vollmachtgeber:in und Bevollmächtigten. Das Textbeispiel kann um persönliche Angaben und Hinweise ergänzt werden, solange der Text eindeutig und klar bleibt. Auf eine vorhandene Patient:innenverfügung sollte in der Vollmacht möglichst hingewiesen werden.



# Betreuungsverfügung

Sollten Sie sich zur Erteilung einer Vollmacht nicht entschließen können, dann überlegen Sie sich, ob es nicht sinnvoll ist, eine Betreuungsverfügung aufzusetzen (Anlage 2). Ihr Inhalt wird vom Betreuungsgericht berücksichtigt, falls die Bestellung eines Betreuers oder einer Betreuerin für Sie erforderlich wird. Sie richtet sich also an das für Ihren Wohnort zuständige Betreuungsgericht (Amtsgericht). Damit dieses rechtzeitig informiert wird, können Sie die Verfügung beim zentralen Register der Bundesnotarkammer registrieren lassen (Adresse auf Seite 41).

Sie können in der Betreuungsverfügung eine Person benennen, die das Gericht als Betreuer:in bestellen soll oder eine oder mehrere Personen als Betreuer:in ablehnen. Oder Sie können einen Hinweis geben, aus welchem Personenkreis der/die Betreuer:in möglichst ausgewählt werden soll, z. B. aus einer Kirchengemeinde oder aus einer sozialen Einrichtung. Sie können auch konkrete Wünsche niederlegen, etwa in welchem Pflegeheim Sie leben möchten, wenn Sie sich nicht mehr selbst versorgen können. Darüber hinaus können Sie dem/der künftigen Betreuer:in Vorstellungen und Wünsche unterbreiten, die sie/er bei der Durchführung der Betreuung zu beachten hat. Bedenken Sie aber, dass die Betreuungsverfügung im Gegensatz zur Vollmacht das gerichtliche Betreuungsverfahren nicht ersetzt. Die Bestellung des Betreuers oder der Betreuerin ist Sache des Gerichts.

Den Text der Musterverfügung Anlage 2 können Sie abändern oder ergänzen, damit der Inhalt Ihren Wünschen entspricht.



# Patient:innenverfügung

Ebenso wie Sie als gesunde und voll geschäftsfähige Person vom ärztlichen Personal angebotene Behandlungen ablehnen können, haben Sie die Möglichkeit, dem Arzt oder der Ärztin mit der Patient:innenverfügung (Anlage 3) Anweisungen zu geben für den Fall, dass Sie nicht mehr entscheidungsfähig sind oder sich selbst nicht mehr äußern können. So eine Situation kann im Zusammenhang mit einer schwereren Erkrankung oder am Lebensende eintreten. Viele Menschen wünschen für die letzte Phase ihres Lebens, dass ihnen Schmerzen erspart bleiben und sie in Würde sterben können. Auch wenn Sie in dieser Situation nicht mehr entscheidungsfähig sein sollten, können Sie Ihren Willen gegenüber Ärzt:innen, Angehörigen, gegenüber einer bevollmächtigten Person oder einem/einer gerichtlich bestellten Betreuer:in mit einer Patient:innenverfügung zum Ausdruck bringen.

Patient:innenverfügungen sind seit Langem von der Rechtsprechung anerkannt und seit dem 1. September 2009 auch gesetzlich geregelt (§ 1901a BGB). Danach kann eine Patient:innenverfügung nur von einem einwilligungsfähigen Volljährigen schriftlich abgefasst werden. Inhaltlich muss sie eine Entscheidung über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte ärztliche Maßnahmen enthalten.

Mit der Patient:innenverfügung können Sie also im Voraus festlegen, welchem ärztlichen Vorgehen Sie im Fall eigener Entscheidungsunfähigkeit zustimmen oder welches Sie ablehnen. Insoweit bleibt also Ihr Selbstbestimmungsrecht gegenüber Ärzt:innen und auch gegenüber einem Bevollmächtigten oder einem/einer Betreuer:in bestehen. Die getroffene Bestimmung besitzt für diese Personen eine hohe Verbindlichkeit.

## Formalien

Eine Patient:innenverfügung muss immer schriftlich abgefasst und von Ihnen eigenhändig unterschrieben sein. Dies schreibt das Gesetz vor wegen der zum Teil weit reichenden Folgen der in der Patient:innenverfügung für Ihr Leben und Ihre Gesundheit getroffenen Bestimmungen. Die Verfügung kann jederzeit formlos, also auch mündlich, widerrufen werden. Da die Patient:innenverfügung im Ernstfall den behandelnden Ärzt:innen vorliegen muss, sollten Sie in dem erwähnten Vorsorgeausweis auch auf deren Vorhandensein hinweisen.

Es ist auch möglich, die Patient:innenverfügung in den Text der Vorsorgevollmacht oder der Betreuungsvollmacht aufzunehmen. Auf jeden Fall sollten Sie die Verfügung an die Vollmacht heften.

In gewissen Zeitabständen (zwei- oder dreijährig) oder vor einem Krankenhausaufenthalt sollten Sie überprüfen, ob Ihr niedergelegter Wille noch fortbesteht. Hierzu genügt ein Vermerk auf der Verfügung mit Datum und Unterschrift (»bestätigt«). Sie können jederzeit eine neue Patient:innenverfügung abfassen oder die bestehende ändern.

## Rechtliche Wirkung

**Die Bestimmungen in einer schriftlichen Patient:innenverfügung sind verbindlich, wenn daraus Ihr Wille für eine konkrete Behandlungssituation eindeutig festgestellt werden kann.**

Die Verfügung muss dann von allen Beteiligten beachtet werden. Wenn sich die behandelnden Ärzt:innen und die Bevollmächtigten oder der/die Betreuer:in über das weitere Vorgehen unter Berücksichtigung des Inhalts der Patient:innenverfügung nicht einigen können, ist eine Entscheidung des Betreuungsgerichts erforderlich. Soweit eine bevollmächtigte oder betreuende Person bestellt ist, setzt diese:r sich dafür ein, dass der in der Verfügung geäußerte Wille von den Ärzt:innen berücksichtigt wird. Aber auch bei Fehlen einer zur Vertretung berechtigten Person müssen die behandelnden Ärzt:innen die Patient:innenverfügung beachten.

Liegt keine Patient:innenverfügung vor oder bezieht sie sich nicht eindeutig auf eine konkrete Situation, muss auf Ihren **mutmaßlichen Willen** zurückgegriffen werden. Das kann z. B. durch ein Gespräch mit den Angehörigen erfolgen.

## Inhalt

Bei der Abfassung einer Patient:innenverfügung ist nach geltender Rechtspraxis folgendes zu beachten: Sie müssen die gesundheitliche Situation, in der eine Patient:innenverfügung zur Anwendung kommen soll, (wenn...) benennen. Und Sie müssen Ihre Behandlungswünsche (dann...) eindeutig und konkrete medizinische Sachverhalte betreffend beschreiben. Allgemeine Angaben – beispielsweise „am Ende meines Lebens wünsche ich...“ – sind nicht ausreichend!

Der in der Anlage enthaltene Vordruck des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz kann von Ihnen selbstverständlich verändert oder ergänzt werden. Sie müssen dabei aber unbedingt diese Anforderung berücksichtigen. Es kann sehr hilfreich sein, wenn Sie sich dazu von einem Arzt oder einer anderen geschulten Person beraten lassen.

Beschreiben Sie in Ihrer Patient:innenverfügung Ihre ganz konkreten Vorstellungen. Auch weiterführende Angaben können sehr hilfreich sein: Beispielsweise Ihre Grundhaltung zu Fragen von Leben und Sterben, was Sie zum Abfassen der Patient:innenverfügung veranlasst hat und ob Sie

bereits vergleichbare gesundheitliche Problematiken selber oder bei Ihnen nahestehenden Personen erlebt haben und wie Sie durch diese Erlebnisse geprägt wurden.

### **Ansprechpartner:innen für UKE-Patient:innen zu allen Fragen rund um die Patient:innenverfügung und Vorsorgevollmacht**

#### **Sozialdienst**

Telefon: (040) 7410 - 53089  
E-Mail: j.petereit@uke.de

#### **Seelsorge**

Telefon: (040) 7410 - 57003  
E-Mail:  
krankenhauseelsorge@uke.de

#### **Ombudspersonen**

Dr. jur. Monika Hartges I  
Arne Bräuner  
Telefon: (040) 7410 - 55384  
E-Mail: ombudspersonen@uke.de

### **Hilfe bei schweren Entscheidungen**

Bei der Auslegung und Anwendung einer Patient:innenverfügung kann die Situation eintreten, dass die Beteiligten (Ärzt:innen, Pflegende, Bevollmächtigte, Bereuer:innen und Angehörige) zu einer unterschied-

lichen Einschätzung über das beste Handeln im Sinne des Patient:innen gelangen. Ist dies der Fall, so besteht die Möglichkeit, unter Leitung von Ethikern eine gemeinsame Beratung durchzuführen (Ethische Fallberatung). Angehörige, Bevollmächtigte/Betreuer:in und die Mitglieder des Behandlungsteams können diese anfordern. Ziel einer ethischen Fallberatung ist eine gemeinsam erarbeitete, ethisch begründete Entscheidung oder Beurteilung der Situation auf der Basis des Patient:innenwillens. Bitte nutzen Sie bei Bedarf dieses Angebot oder sprechen Sie das Behandlungsteam auf die Möglichkeit einer solchen Beratung an.

#### **Ethische Fallberatung (EFB)**

Telefon: (040) 7410 - 24500  
E-Mail: kontakt.efb@uke.de

# Organspende

Im Zusammenhang mit Ihrer Patient:innenverfügung sollten Sie auch darüber nachdenken, wie Sie zur Frage der Organspende stehen. Eine Erklärung, die das Einverständnis zur Organtransplantation gibt oder dieses verbietet, kann in die Patient:innenverfügung aufgenommen werden. Das ist wichtig, damit kein Widerspruch zwischen Ihren in der Patient:innenverfügung geäußerten Behandlungswünschen und Ihren Festlegungen zur Organspende entsteht. Organspenderausweise erhalten Sie bei vielen Ärzt:innen, Apotheken und der DSO.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)  
Theodorhof – Haus P  
Theodorstraße 41  
22761 Hamburg  
Telefon: (040) 8906 - 6888, 8816 - 8451 / - 52  
www.dso.de



Das Bild zeigt ein Formular für die Organspenderausweise. Oben links steht 'Organspendeausweis' mit dem Bundesadler und 'nach § 2 des Transplantationsgesetzes'. Darunter steht 'Organspende' in großer, orangefarbener Schrift. Das Formular selbst hat zwei Spalten für 'Name, Vorname' und 'Geburtsdatum' sowie zwei Spalten für 'Straße' und 'PLZ, Wohnort'. Unten befinden sich Logos für 'FÜRS LEBEN FÜR ORGANSPENDE' und 'Organspende schenkt Leben.'. Am unteren Rand steht: 'Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der Rufnummer 0800/9040400.'

# Anlagen

In den folgenden Anlagen finden Sie Vorschläge für die Abfassung einer Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patient:innenverfügung. Sie können die Vorlagen heraustrennen und verwenden, sie ändern oder ergänzen oder auch als Anregung für die Anfertigung eigener Schriftstücke benutzen.

Wir möchten Sie zudem auf folgende Quellen verweisen, wo Sie weitere Vorlagen finden können.

- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz  
[www.bmju.de](http://www.bmju.de)  
> unter Publikationen
- [www.hamburg.de/Betreuungsrecht](http://www.hamburg.de/Betreuungsrecht)



Quelle: Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz; www.bmjv.de  
Stand: September 2017 | Layout geändert.

## Vollmacht

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber:in)

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an \_\_\_\_\_ (bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Datum \_\_\_\_\_, Unterschrift (Vollmachtgeber:in) \_\_\_\_\_ (Bitte füllen Sie jede Seite des Dokuments aus.)



### 1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patient:innenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.  ja  nein
  
- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).  ja  nein
  
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzt:innen und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzt:innen und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.  ja  nein
  
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
  - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB)  ja  nein
  - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)  ja  nein
  - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB)  ja  nein
  - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB) entscheiden.  ja  nein



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

### 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  ja  nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.  ja  nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.  ja  nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.  ja  nein

- \_\_\_\_\_

### 3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.  ja  nein

- \_\_\_\_\_

#### 4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich  ja  nein
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**),  ja  nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,  ja  nein
- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**),  ja  nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**) und  ja  nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, die einem/einer Betreuer:in rechtlich gestattet ist.  ja  nein
- \_\_\_\_\_
- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

##### Hinweis 1:

Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 der Broschüre „Betreuungsrecht“ des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz, [www.bmjv.de](http://www.bmjv.de)).



##### Hinweis 2:

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

#### 5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.  ja  nein

#### 6. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.  ja  nein

#### 7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.  ja  nein

#### 8. Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer:in zu bestellen.  ja  nein

#### 9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.  ja  nein



Falls die vorstehende Person nicht zur Betreuer:in bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

**Auf keinen Fall soll zur Betreuer:in bestellt werden:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

**Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuer:in habe ich folgende Wünsche:**

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

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

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

4. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Patient:innenverfügung

Anlage 3

Quelle: Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz; www.bmjv.de  
Stand: November 2017 | Layout geändert.

Von

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

Ich bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

### 1. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn...

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt:innen (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Datum \_\_\_\_\_, Unterschrift \_\_\_\_\_ (Bitte füllen Sie jede Seite des Dokuments aus.)

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation: (Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

---



---



---



---



---

## 2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

### Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten. **oder**  dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

### Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen. **oder**  wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.



### Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

#### oder

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

#### oder

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

### Wiederbelebung

a) In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung. **oder**  die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebnungsmaßnahmen informiert wird.

b) Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebnungsmaßnahmen ab. **oder**  lehne ich Wiederbelebnungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

### Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann. **oder**  dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.



### Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann. **oder**  dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann. **oder**  Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
- oder**  keine Antibiotika

### Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann. **oder**  die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. **oder**  keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

### 3. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden. **oder**  wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. **oder**  wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- (...) Beistand durch folgende Personen:

---



---



Ich möchte

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---



---

- hospizlichen Beistand.

### 4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärzt:innen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---



---

### 5. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patient:innenverfügung

- Der in meiner Patient:innenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzt:innen und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein:e Vertreter:in – z. B. Bevollmächtigte/ Betreuer:in – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patient:innenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärzt:in oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patient:innenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/ meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte/Betreuer:in) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patient:innenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patient:innenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- (Alternativen)
- meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner/meinem Betreuer:in.
  - der behandelnden Ärzt:innen.
  - anderer Person:

---

- Wenn ich meine Patient:innenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzt:innen/das Behandlungsteam/meine Bevollmächtigte:r/Betreuer:in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patient:innenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patient:innenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

- (Alternativen)
- meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner/meinem Betreuer:in.
  - die behandelnden Ärzt:innen.
  - anderer Person:
- 

### 6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patient:innenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patient:innenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: Bevollmächtigte

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax/E-Mail

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuer:in erstellt (ggf.: den Inhalt dieser Patient:innenverfügung mit der von mir gewünschten Betreuer:in besprochen). Gewünschte Betreuer:in

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax/E-Mail

### 7. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patient:innenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patient:innenverfügung habe ich beigelegt:



- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

### 8. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender:in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patient:innenverfügung ausgeschlossen habe, dann...
- oder**  Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

(Alternativen)

- ... geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- oder**
- ... gehen die Bestimmungen in meiner Patient:innenverfügung vor

### 9. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

### 10. Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patient:innenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patient:innenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

### 11. Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patient:innenverfügung informiert bei/durch...

\_\_\_\_\_

- und beraten lassen durch

\_\_\_\_\_

## 12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

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

wurde von mir am \_\_\_\_\_ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patient:innenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel der Ärztin/des Arztes

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

## 13. Aktualisierung

Diese Patient:innenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe. **oder**  Diese Patient:innenverfügung soll nach Ablauf von \_\_\_\_\_ (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Um meinen in der Patient:innenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

(Alternativen)

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen:

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Adressen

### Ansprechpartner:innen für UKE-Patient:innen sowie für ihre Angehörigen

Wichtige Ansprechpartner:innen für alle Fragen rund um Patient:innenverfügung und Vorsorgevollmacht sind die behandelnden Ärzt:innen. Darüber hinaus können Sie sich an folgende Personen wenden:

#### Sozialdienst des UKE

Martinistraße 52 | 20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410 - 53089  
E-Mail: j.petereit@uke.de

#### Seelsorge

Martinistraße 52 | 20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410 - 57003  
E-Mail: krankenhausesseelsorge@uke.de

#### Ombudspersonen

Dr. jur. Monika Hartges | Arne Bräuner  
Martinistraße 52 | 20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410 - 55384  
E-Mail: ombudspersonen@uke.de

#### Ethische Fallberatung (EFB)

Telefon: (040) 7410 - 24500  
E-Mail: kontakt.efb@uke.de

### Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik

Dr. Katharina Woellert  
Martinistraße 52 | 20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410 - 57260  
E-Mail: k.woellert@uke.de

### Einige weitere Adressen

Patient:innenberatung der Ärzt:innenkammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg  
Weidestraße 122b | 22083 Hamburg  
Telefon: (040) 2022 - 99222  
www.patientenberatung-hamburg.de

### Verbraucherzentrale Hamburg

Patient:innenberatung  
Kirchenallee 22 | 20099 Hamburg  
Telefon: (040) 2483 - 2130  
www.vzh.de

## Für die Registrierung von Vollmachten und Betreuungsverfügungen:

### Bundesnotarkammer

Zentrales Vorsorgeregister  
Postfach 080151 | 10001 Berlin  
Telefon: (0800) 3550 500  
(gebührenfrei)  
www.vorsorgeregister.de

### Beratungsstelle Hamburg für rechtliche Betreuung und Vorsorgevollmacht

Winterhuder Weg 31  
22085 Hamburg  
Telefon: (040) 428 63 6070  
E-Mail: beratungrechtlichebetreuung@altona.hamburg.de

**Wichtiger Hinweis: Kostenlose Beratung und Beglaubigungen möglich!**

## Impressum

**Herausgeber:** Vorstand des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), Martinistraße 52, 20246 Hamburg | Verantwortlich: Dr. Katharina Woellert (Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik) | **Redaktion:** Dr. Holke-Leonie Doench, Dr. Katharina Woellert  
**Gestaltung:** Monika Thiel, Sabine Wuttke | Fotos: Axel Kirchhof | **Druck:** Osterkus[s] gGmbH, Stresemannallee 83, 22529 Hamburg | Auflage: 6.000 Exemplare | Stand: September 2021

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und Internet sowie Vervielfältigung auf Datenträgern nur mit Genehmigung des Herausgebers. Die in dieser Broschüre genannten Funktionsbezeichnungen lassen nicht unbedingt auf das Geschlecht des Funktionsinhabers schließen.

| Vorsorgeausweis von  |       |
|--|-------|
| Name _____   | _____ |
| Straße _____   | _____ |
| Wohnort _____  | _____ |
| Telefon _____  | _____ |
| Bitte bewahren Sie diese Karte zusammen mit Ihrem Personalausweis auf.     |       |
| O Ich habe eine Vorsorgevollmacht geschrieben.<br>Bevollmächtigt ist/sind: |       |
| Name _____   | _____ |
| Straße _____   | _____ |
| Wohnort _____  | _____ |
| Telefon _____  | _____ |

# Vorsorgeausweis

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** geschrieben.  
Benachrichtigen Sie bitte:

---

---

---

---

---

Ich habe eine **Patient:innenverfügung** verfasst.  
Benachrichtigen Sie bitte:

# Vorsorgeausweis

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** geschrieben.  
Benachrichtigen Sie bitte:

---

---

---

---

---

Ich habe eine **Patient:innenverfügung** verfasst.  
Benachrichtigen Sie bitte: