

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

Als Hausarzt bemühe ich nach Kräften, Ihnen alle nur mögliche medizinische Hilfe zukommen zu lassen.

Doch nichts darf ohne Ihr Einverständnis geschehen. Nach einer ausführlichen Aufklärung entscheiden Sie darüber, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden.

Allerdings gibt es auch Situationen, in denen der Kranke seinen Willen nicht mehr äußern kann. In diesem Fall ist es für Sie und Ihre Ärzte eine große Hilfe, wenn Sie bereits in gesunden Tagen eine **Patientenverfügung** formuliert haben. Eine solche Verfügung sollte detailliert sein („ich will an keine Schläuche angeschlossen werden“ ist nicht ausreichend) und möglichst alle 2 Jahre neu unterschrieben werden.

Wenn Sie nicht mehr handlungsfähig sind, wird für Sie beim Amtsgericht ein Betreuer bestellt; früher nannte man das Pflegschaft.

Schon im Vorhinein können Sie festlegen, wer im Notfall Ihr Betreuer sein soll. Man spricht dann von einer **Betreuungsverfügung**. Der Betreuer ist dem Amtsgericht Rechenschaft schuldig.

Eine Alternative ist die **Versorgungsvollmacht**. Auch hier können Sie eine Vertrauensperson ermächtigen im gegebenen Fall wichtige Entscheidungen für Sie zu treffen.

Wichtig ist es, mit Familienangehörigen und Freunden seine Wünsche im Vorfeld zu besprechen, sie schriftlich niederzulegen (ein Notar ist nicht erforderlich) und sie an einem zugänglichen Ort zu deponieren.

Gerne bewahre ich eine Kopie in Ihrer Patientenakte auf.

Ich habe einen Ordner mit Entwürfen der wichtigsten Unterlagen für Sie vorbereitet. Sie können einen Beratungstermin vereinbaren, der mit 25 Euro berechnet wird, da solche Beratungen von den Krankenkassen nicht bezahlt werden.

Bitte sprechen Sie mich oder unsere Helferinnen an.

Michael Ripke-Bersch, Hausärztlicher Internist

Patientenverfügung

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich bestimme im Falle einer körperlichen, geistigen und/oder seelischen Erkrankung durch die ich dauerhaft außerstande bin, eigene Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, dass

1. Diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist:
(Zutreffendes wurde von mir angekreuzt)

- wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, und indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen sowie durch fortgeschrittene Hirnabbauprozesse.

In sämtlichen beschriebenen und angekreuzten Situationen unter Punkt 1 bitte ich ausdrücklich um:

- Schmerz- und beschwerdelindernde ärztliche und pflegerische Maßnahmen zur Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Durst (Mundpflege) und anderer begleitender Krankheitssymptome.
- Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Bei allen in Punkt 1 gekennzeichneten Situationen wünsche ich:

- Jede Unterlassung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, die den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

Bei allen in Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, wünsche ich zu sterben und verlange:

- Keine künstliche Ernährung weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke noch eine intravenöse Therapie.

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt. Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

Die Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz Meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass die/der Erklärende die Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und in vollem Umfang geschäftsfähig ist.

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift: _____

Datum	Unterschrift Erklärender	Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin

Vorsorgevollmacht

Im Falle einer körperlichen, geistigen und/oder seelischen Erkrankung oder Behinderung, derentwegen ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, eigenen Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich:

Familienname: _____
(Name des Vollmachtgebers)

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

unter dem Vorbehalt des Widerrufs

Familienname, Vorname: _____
(Name des Bevollmächtigten)

Adresse: _____

Telefon: _____

ersatzweise

Familienname, Vorname: _____
(Name des Bevollmächtigten)

Adresse: _____

Telefon: _____

mich in allen nachfolgenden näher bezeichneten Angelegenheiten zu vertreten

Gesundheitsfürsorge

Soweit ich eine Patientenverfügung erstellt habe, genießt diese **Vorrang** und ist hierbei zu beachten.

- Entscheidungen zur Einwilligung in ärztliche Untersuchungen, in Heilbehandlungen oder in ärztliche Eingriffe (§ 1904 BGB)
- Entscheidungen über meine Unterbringung, auch mit freiheitsentziehender Wirkung und über freiheitsentziehende Maßnahmen in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist (§ 1904 BGB)
- Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege
- Einsicht in Krankenunterlagen und Herausgabe an Dritte: dabei entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte gegenüber meines Bevollmächtigten von der Schweigepflicht

Vermögensvorsorge

- Verfügung über meine Bankkonten, Depots und sonstigen Vermögenswerte
- Entscheidungen über alle laufenden finanziellen Angelegenheiten, z.B. Begleichung von Rechnungen oder Geltendmachung von Forderungen

Wohnort, Aufenthalt, Post- und Fernmeldeverkehr

- Wahrnehmung aller Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag
- Auflösung meines Haushaltes und Verfügung über das Inventar
- Abholung, Öffnung oder Umleitung meines Postverkehrs sowie Entscheidungen über meinen Fernmeldeverkehr z.B. Abmeldung meines Telefons

Behörden, Gerichte

- Vertretung meiner Person bei Behörden, Leistungsträgern, wie z.B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen, Beihilfestellen, Rententrägern und vor Gerichten

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit den / dem / der Bevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn

- a) Mein Zustand, weswegen die Vollmacht erteilt wurde, von zwei Ärzten unabhängig voneinander mit Datumsangabe bescheinigt wurde
und
- b) der Bevollmächtigte die Vollmachturkunde bei Vornahme eines Rechts-Geschäftes im Original vorlegen kann

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass die/der Erklärende die Vorsorgevollmacht im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift: _____

Datum	Unterschrift Vollmachtgeber/in	Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin

Betreuungsverfügung

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich lege hiermit für den Fall, dass ich in Folge von Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Zu meinem Betreuer / meiner Betreuerin soll bestellt werden

Familiennamen, Vorname: _____

(Name des Betreuers)

Adresse: _____

Telefon: _____

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit meinem Betreuer / meiner Betreuerin besprochen, insbesondere betone ich die Gültigkeit der Patientenverfügung.

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass die/der Erklärende die Betreuungsverfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig war.

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift: _____

Datum	Unterschrift Verfügender	Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin

Gesundheitsfürsorge

Soweit ich eine Patientenverfügung erstellt habe, genießt diese **Vorrang** und ist hierbei zu beachten.

- Entscheidungen zur Einwilligung in ärztliche Untersuchungen, in Heilbehandlungen oder in ärztliche Eingriffe (§ 1904 BGB)
- Entscheidungen über meine Unterbringung, auch mit freiheitsentziehender Wirkung und über freiheitsentziehende Maßnahmen in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist (§ 1904 BGB)
- Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege
- Einsicht in Krankenunterlagen und Herausgabe an Dritte: dabei entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte gegenüber meines Bevollmächtigten von der Schweigepflicht

Vermögensvorsorge

- Verfügung über meine Bankkonten, Depots und sonstigen Vermögenswerte
- Entscheidungen über alle laufenden finanziellen Angelegenheiten, z.B. Begleichung von Rechnungen oder Geltendmachung von Forderungen

Wohnort, Aufenthalt, Post- und Fernmeldeverkehr

- Wahrnehmung aller Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag
- Auflösung meines Haushaltes und Verfügung über das Inventar
- Abholung, Öffnung oder Umleitung meines Postverkehrs sowie Entscheidungen über meinen Fernmeldeverkehr z.B. Abmeldung meines Telefons

Behörden, Gerichte

- Vertretung meiner Person bei Behörden, Leistungsträgern, wie z.B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen, Beihilfestellen, Rententrägern und vor Gerichten

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit den / dem / der Bevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn

- a) Mein Zustand, weswegen die Vollmacht erteilt wurde, von zwei Ärzten unabhängig voneinander mit Datumsangabe bescheinigt wurde
und
- b) der Bevollmächtigte die Vollmachturkunde bei Vornahme eines Rechts-Geschäftes im Original vorlegen kann

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____