

The background of the entire page is a close-up photograph of a watercolor palette. The palette has several wells containing various colors of paint, including red, orange, yellow, and blue. The paint is slightly dried and textured. A white, torn-edge paper shape is layered over the top left portion of the palette, serving as a background for the title and subtitle.

Christliche Patientenvorsorge

durch Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügung,
Patientenverfügung und Behandlungswünsche

Formular

der Deutschen Bischofskonferenz
und des Rates der Evangelischen Kirche
in Deutschland in Verbindung mit
weiteren Mitglieds- und Gastkirchen
der Arbeitsgemeinschaft Christlicher
Kirchen in Deutschland

Persönliches
Exemplar

Formular der Christlichen Patientenvorsorge

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon/Mobil

Teil A: Benennung einer Vertrauensperson

■ I. Vorsorgevollmacht in Gesundheits- und Aufenthaltsangelegenheiten

Ich erteile hiermit als Person/ Personen meines besonderen Vertrauens

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Mobil:

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Mobil:

und bei Verhinderung der oben genannten Personen

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Mobil:

Einzelvollmacht, mich in den nachfolgenden Angelegenheiten zu vertreten.

Die zuvor genannten Personen dürfen mich in allen Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung und einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege einschließlich der damit verbundenen vermögensrechtlichen Angelegenheiten vertreten.

Sie dürfen in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1829 Abs. 1 BGB).

Sie dürfen ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie dürfen somit auch die Einwilligung

zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

Sie dürfen auch in ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Abs. 1 BGB) einwilligen.

Sie dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber den bevollmächtigten Personen von ihrer Schweigepflicht.

Die zuvor genannten Personen können meinen Aufenthalt bestimmen.

Sie können über die Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) und über die Verbringung in ein Krankenhaus zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme (§ 1832 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.

■ II. Totensorge, Bestattung und Organspende

Hiermit erteile ich in Ergänzung zur vorstehenden Vorsorgevollmacht in Gesundheits- und Aufenthaltsangelegenheiten

☐ der/den unter I. genannten Person/Personen

☐ einer anderen, nämlich der folgenden Person

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Mobil:

Vollmacht für

☐ die Totensorge und Bestattung

☐ die Organspende. Von mir in einem Organspendeausweis getroffene Festlegungen gehen vor.

■ III. Generalvollmacht in den übrigen Angelegenheiten

Hiermit erteile ich in Ergänzung zur vorstehenden Vorsorgevollmacht in Gesundheits- und Aufenthaltsangelegenheiten sowie zur Totensorge, Bestattung und Organspende

☐ der/den unter I. genannten Person/Personen

☐ einer anderen, nämlich der folgenden Person

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Mobil:

Generalvollmacht in den übrigen Angelegenheiten als Einzelvollmacht.

Die genannte(n) Person/Personen darf/dürfen mich insbesondere in Vermögensangelegenheiten und Wohnungsangelegenheiten vertreten.

Sie darf/dürfen mich gerichtlich und außergerichtlich gegenüber jedermann und in allen gesetzlich zulässigen Fällen vertreten.

Sie darf/dürfen die für mich bestimmten Briefe und Postsendungen entgegennehmen und öffnen.

Sie darf/dürfen für bestimmte Arten von Geschäften oder für einzelne Geschäfte Untervollmacht unter Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB erteilen.

Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gültig sein, bis sie von meinen Erben widerrufen wird.

■ IV. Betreuungsverfügung

Hiermit verfüge ich – gegebenenfalls in Ergänzung zu den vorangehenden Vollmachtserklärungen – für den Fall, dass eine Betreuungsperson als gesetzlicher Vertreter bestellt werden muss, folgende Person/Personen einzusetzen:

☐ die unter I. genannte Person/ genannten Personen

☐ eine andere, nämlich folgende Person

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Mobil:

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Mobil:

Bitte nach dem Ausdruck handschriftlich unterschreiben.

Bitte nach dem Ausdruck handschriftlich unterschreiben.

Ort, Datum

Unterschrift

Teil B: Bestimmungen für meine medizinische Behandlung

■ I. Patientenverfügung und Behandlungswünsche

1. Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann und ich mich entweder aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verfüge ich durch Ankreuzen Folgendes:

☐ Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendigen Maßnahmen eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

☐ Es soll keine künstliche Ernährung durch ärztliche Eingriffe (z.B. weder über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über die Venen) erfolgen. Hunger soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

☐ Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden. Durstgefühl soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute.

☐ Wiederbelebungsmaßnahmen sollen unterlassen werden.

☐ Auf künstliche Beatmung soll verzichtet werden, aber Medikamente zur Linderung der Atemnot sollen verabreicht werden. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

☐ Es soll keine Dialyse durchgeführt werden bzw. eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.

☐ Antibiotika sollen allenfalls noch palliativ und nicht mehr kurativ verabreicht werden.

☐ Auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll verzichtet werden.

☐ Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant zu Hause nicht durchgeführt werden können.

☐ Wenn möglich, möchte ich zu Hause bleiben können und hier die notwendige Pflege erhalten.

☐ Wenn ich nicht zu Hause bleiben kann, möchte ich in folgende/s Krankenhaus/Hospiz/Pflegeeinrichtung eingeliefert werden:

2. Ich besitze einen Organspendeausweis und habe darin meine Bereitschaft zur Spende meiner Organe und Gewebe erklärt:

☐ Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

3. Ich möchte Beistand durch

☐ folgende Person (z. B. einer Kirche):

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Mobil:

☐ einen Hospiz- / Palliativdienst

4. Raum für ergänzende Verfügungen: *Siehe hierzu die Erläuterungen im Abschnitt 3.2.4 „Raum für ergänzende Verfügungen“, Seiten 26–28)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Für weitere Erläuterungen bitte gesondertes Blatt beilegen und mit Ort, Datum und Unterschrift versehen.

■ II. Unterschriften

1. Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin (notwendig)

Bitte nach dem Ausdruck handschriftlich unterschreiben.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

2. Zur Festlegung meines hier geäußerten Willens

habe ich mich beraten lassen von (freiwillig)

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon/Mobil
--------------------	--------------	---------------

Beruf

Bitte bedenken Sie: Ihre Einstellungen und Situation können sich ändern. Sie können Ihre CHRISTLICHE PATIENTENVORSORGE jederzeit ändern oder insgesamt widerrufen (*Näheres siehe Abschnitt 3.2.3, Seite 25*). Bitte überprüfen Sie daher in regelmäßigen Abständen die Festlegungen in Ihrer CHRISTLICHEN PATIENTENVORSORGE.

Hinweiskarte auf die CHRISTLICHE PATIENTENVORSORGE

*Bitte füllen Sie die
Hinweiskarte aus
und nehmen Sie
diese zu Ihren
Ausweispapieren:*

