

Ergänzende Patientenverfügung und Vollmacht mit Betreuungsverfügung



Ich, _____, geboren am _____,
(Vor- und Zuname)

erkläre, dass ich nachstehende *Ergänzende Patientenverfügung und Vollmacht mit Betreuungsverfügung* im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte sowie selbstbestimmt und frei von Zwang getroffen habe.

TEIL 1 Ergänzende Patientenverfügung

- 1.1** Durch ein „Dokument zur ärztlichen Versorgung“ habe ich bereits eine Patientenverfügung getroffen. Für den Fall, dass dieses Dokument nicht auffindbar ist, wiederhole ich hiermit meine Patientenverfügung.

Ich ordne an, dass mir **keine Transfusionen von Vollblut oder irgendeinem der Hauptbestandteile des Blutes** (rote Blutkörperchen, weiße Blutkörperchen, Blutplättchen oder Blutplasma) gegeben werden. Diese Verfügung gilt unter allen Umständen, selbst wenn Ärzte zur Erhaltung meines Lebens oder meiner Gesundheit die Gabe von Blut für erforderlich halten sollten. Mit blutfreien Volumenersatzmitteln ... und anderen Behandlungsalternativen zu Bluttransfusionen bin ich einverstanden. Mit dieser rechtsverbindlichen Verfügung mache ich von meinem Recht als Patient Gebrauch, eine ärztliche Behandlung in Übereinstimmung mit meiner tief empfundenen Überzeugung und meinem persönlichen Gewissen zu akzeptieren oder abzulehnen. **Ich bin ein getaufter Zeuge Jehovas** und habe oben stehende Verfügung im Gehorsam gegenüber den Geboten der Bibel getroffen, wie zum Beispiel dem in Apostelgeschichte 15:28, 29 genannten Gebot, sich des Blutes zu enthalten. Das ist meine feststehende Glaubensüberzeugung ... Auch im Fall meiner Bewusstlosigkeit und Handlungsunfähigkeit hat meine vorstehende Verfügung unverändert Gültigkeit. ... Ich befreie die behandelnden Ärzte, das Krankenhaus und das Krankenhauspersonal insoweit von der Haftung für jegliche Schäden, die bei kunstgerechter Versorgung auf meine Ablehnung von Bluttransfusionen zurückgeführt werden können.

- 1.2** Ich **akzeptiere** und wünsche medizinische Behandlungsalternativen zu Fremdblut. So sind zum Beispiel Volumenersatzmittel wie Kochsalzlösung, Ringer-Lösung, Hydroxyäthylstärke, Gelatine oder Dextran für mich akzeptabel.

- 1.3** Ich bestimme des Weiteren bezüglich **Blutfaktionen** (Zutreffendes habe ich mit meinen Initialen versehen):

- _____ a) Ich lehne alle Fraktionen ab, die aus irgendeinem der Hauptbestandteile des Blutes gewonnen werden.
_____ b) Ich akzeptiere alle Fraktionen, die aus irgendeinem der Hauptbestandteile des Blutes gewonnen werden.
_____ c) Ich ergänze a beziehungsweise b und bestimme dazu Folgendes:

- 1.4** Ich bestimme Folgendes bezüglich medizinischer Verfahren, bei denen Eigenblut verwendet wird, die jedoch **keine Lagerung** meines Blutes zum Zwecke irgendeiner späteren Infusion einschließen (Zutreffendes habe ich mit meinen Initialen versehen):

- _____ a) Ich lehne alle Verfahren ab, bei denen Eigenblut im Verlauf einer Operation oder einer Therapie verwendet wird.
_____ b) Ich akzeptiere alle Verfahren, bei denen Eigenblut im Verlauf einer Operation oder einer Therapie verwendet wird.
_____ c) Ich ergänze a beziehungsweise b und bestimme dazu Folgendes:

- 1.5** Niemand ist befugt, meine Behandlungsanweisung, keine Bluttransfusionen zu verabreichen, zu missachten oder sich darüber hinwegzusetzen. Auch gegenteilige Meinungen meiner Familienangehörigen, Verwandten oder Freunde dürfen nicht dazu verwendet werden, Zweifel an der Ernsthaftigkeit meiner Behandlungsanweisung zu erzeugen, da es sich bei meinen Behandlungsanweisungen um meine persönlichen Entscheidungen handelt.

1.6 Andere Behandlungsanweisungen (zum Beispiel bezüglich Organpenden, Organtransplantation usw.):

1.7 Weitere Hinweise (Dauermedikation, Allergien, andere Risikofaktoren usw.):

TEIL 2 Patientenverfügung bezüglich lebensverlängernder Maßnahmen

2. Hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen verfüge ich (Zutreffendes habe ich mit meinen Initialen versehen):

- a) Ich erkläre hiermit (unter ausdrücklichem Hinweis auf das Urteil des BGH vom 13.09.1994, NJW 1995, S. 204ff.), dass ich im Fall nicht mehr rückgängig zu machender Bewusstlosigkeit, bei schwerer Dauerschädigung des Gehirns, bei dauerndem Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers und/oder aussichtsloser Prognose hinsichtlich meiner Erkrankung mit einer Intensivtherapie beziehungsweise der Fortsetzung derselben oder Wiederbelebung **nicht** einverstanden bin. Sollte durch eine ärztliche Maßnahme nur eine Verlängerung des Sterbens oder Leidens erreicht werden, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen. Ich wünsche keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Mitteln der Intensivtherapie, wenn von mindestens zwei Fachärzten bestätigt wird, dass meine Krankheit zum Tode führt. Ich möchte, dass mein Sterben nicht unnötig verlängert wird. Ich wünsche allerdings Flüssigkeitszufuhr und eine nach dem neuesten Stand der ärztlichen Kunst anzuordnende schmerzlindernde Medikation, auch wenn sie zur Bewusstseinsausschaltung führen wird.
- b) Lebensverlängerung: Ich möchte, dass mein Leben innerhalb der Grenzen allgemein akzeptierter medizinischer Standards so lange wie möglich verlängert wird. Ich bin mir dabei bewusst, dass ich auf diese Weise jahrelang durch Maschinen künstlich am Leben erhalten werden könnte.
- c) Da weder a noch b meine Wünsche vollständig zum Ausdruck bringen, lege ich nachstehende Anweisungen hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen fest:

BEMERKUNG BEI SCHWANGERSCHAFT: Sollte ich schwanger sein, möchte ich, dass mein Leben um meines ungeborenen Kindes willen bis zu dessen Geburt – ungeachtet meiner vorstehenden Anweisung[en] bezüglich lebensverlängernder Maßnahmen – verlängert wird. Das ändert jedoch in keiner Weise meinen Willen, Bluttransfusionen für mich und mein ungeborenes Kind abzulehnen. Nach der vollendeten Geburt treten meine obigen Anweisungen wieder in Kraft.

TEIL 3 Vollmacht mit Betreuungsverfügung

3.1 Hiermit bevollmächtige ich gemäß § 1896 Abs. II Satz 2 BGB als meinen Vertreter:

(Vollständiger Name des Bevollmächtigten)

(Geburtsdatum)

(Anschrift des Bevollmächtigten)

(Tel.-Nr. geschäftlich)

(Tel.-Nr. privat)

(weitere Tel.-Nr.)

3.2 Für den Fall, dass der von mir unter Ziffer 3.1 bestellte Bevollmächtigte nicht erreichbar, nicht dazu in der Lage oder nicht willens ist, meine Vertretung zu übernehmen oder mit der Vertretung fortzufahren, bestelle ich als Ersatzbevollmächtigte[n]:

| | |
|---|----------------|
| (Vollständiger Name des Ersatzbevollmächtigten) | (Geburtsdatum) |
| (Anschrift des Ersatzbevollmächtigten) | |

| | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------|
| (Tel.-Nr. geschäftlich) | (Tel.-Nr. privat) | (weitere Tel.-Nr.) |
|-------------------------|-------------------|--------------------|

| | |
|---|----------------|
| (Vollständiger Name des Ersatzbevollmächtigten) | (Geburtsdatum) |
| (Anschrift des Ersatzbevollmächtigten) | |

| | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------|
| (Tel.-Nr. geschäftlich) | (Tel.-Nr. privat) | (weitere Tel.-Nr.) |
|-------------------------|-------------------|--------------------|

3.3 Umfang der Vollmacht: Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet meine Bevollmächtigten, meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht und Patientenverfügung zum Ausdruck kommt. Ich erwarte, dass die Bevollmächtigten meine Wünsche und Anordnungen befolgen, sofern ich infolge von Bewusstlosigkeit, psychischer Erkrankung, einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung meine Angelegenheiten im gesundheitlichen Bereich ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann oder in meiner natürlichen Einsichtsfähigkeit derart beeinträchtigt bin, dass ich nicht imstande bin, mein Selbstbestimmungsrecht auszuüben, und die in meiner Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen nicht selbst durchsetzen kann. Die Vollmacht erlischt nicht, wenn ich geschäftsunfähig werde. Die Vertretungsmacht umfasst insbesondere folgende Inhalte (Zutreffendes habe ich mit meinen Initialen versehen):

_____ a) Die Zustimmung, Verweigerung oder Rücknahme der Zustimmung zu allen Arten medizinischer Behandlungen, Operationen, Diagnoseverfahren und angeordneter Medikation, auch wenn ich aufgrund einer solchen Behandlung sterben oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Die Vollmacht schließt auch Folgendes ein: Das Recht, dem Gebrauch schmerzlindernder Medikamente zustimmen zu können, um heftige und schwer zu ertragende Schmerzen zu lindern; das Erlangen aller mündlichen oder schriftlichen Informationen, die meine physische oder geistige Gesundheit betreffen; Krankenunterlagen, einschließlich der Krankengeschichte und der Krankenhausaufzeichnungen, einzusehen und hiervon Kopien zu erhalten sowie der Weitergabe dieser Informationen zuzustimmen. Gleichzeitig schließt die Vollmacht auch die Befugnis ein, alle mich behandelnden Ärzte von der ihnen obliegenden ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Die erforderliche ärztliche Aufklärung hat gegenüber meinen Bevollmächtigten zu erfolgen.

_____ b) Behandlungsverträge abzuschließen. Soweit hieraus Kosten entstehen, die von meiner Kranken- oder Pflegeversicherung nicht getragen werden, gilt Folgendes:

_____ c) Meine Aufnahme, Verlegung oder Entlassung in oder aus einem Krankenhaus oder eine andere medizinische Einrichtung zu veranlassen und diesbezüglich meinen Aufenthalt zu bestimmen sowie alle Maßnahmen zu treffen, die notwendig sein mögen, um meinen Anweisungen nachkommen zu können.

_____ d) Geeigneten Personen Untervollmachten zu erteilen. Widersprechen sich Bevollmächtigte und Untervollmächtigte, so gehen die Anweisungen meiner Bevollmächtigten vor.

3.4 Meinen Bevollmächtigten habe ich meine Glaubensansichten und Wertvorstellungen erläutert. Ich erwarte von ihnen, dass sie dafür sorgen, dass Ärzte und medizinisches Personal meine Anweisungen respektieren und beachten. Zur Vornahme hierfür notwendiger Rechtsgeschäfte geht die Vollmacht anderen Bevollmächtigungen vor. Meine Bevollmächtigten sollen die von mir getroffenen Entscheidungen gegenüber Dritten durchsetzen. Erforderlichenfalls haben meine Bevollmächtigten die Durchsetzung meines vorbeschriebenen Willens gerichtlich zu verfolgen. Die erteilten Vollmachten gelten, solange ich die Vollmacht nicht widerrufe.

3.5 Diese Vollmacht dient der Vermeidung einer gesetzlichen Betreuung. Sollte gleichwohl eine gesetzliche Betreuung vom Gericht angeordnet werden, verfüge ich, dass in Teil 3 genannter Bevollmächtigter beziehungsweise Ersatzbevollmächtigter zum Betreuer mit unter 3.3 beschriebenem Aufgabenbereich bestellt wird. Wird für Aufgabenkreise, für die die Bevollmächtigten keine Vertretungsmacht haben (wie zum Beispiel für Vermögenssorge), eine gesetzliche Betreuung angeordnet, so bleibt die vorgenannte Vollmacht vorrangig wirksam (Zutreffendes habe ich mit meinen Initialen versehen).

- _____ a) Sollte eine gesetzliche Betreuung angeordnet werden, soll der Bevollmächtigte für die dann erforderlichen Aufgabenkreise zum Betreuer bestellt werden.
- _____ b) Sollte eine gesetzliche Betreuung angeordnet werden, soll der Bevollmächtigte für die dann erforderlichen Aufgabenkreise **nicht** zum Betreuer bestellt werden.

3.6 Ich bitte darum, eine Kopie dieser ergänzenden Patientenverfügung und Vollmacht meinen Krankenunterlagen beizufügen.

3.7 Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vollmacht ungültig sein oder werden, so ist davon die Gültigkeit der restlichen Bestimmungen nicht betroffen.

TEIL 4 Unterschrift/Wiederholung der Unterschrift

AUSGEFERTIGT: _____
(Unterschrift des Verfügenden) (Geburtsdatum) (Datum der Unterschrift)

(Anschrift)

Um sicherzustellen, dass mein in dieser Vollmacht erklärter Wille trotz Zeitablaufs oder anderer Umstände weiterhin respektiert wird, und damit es für niemand als angebracht erscheinen mag, Mutmaßungen über die Gültigkeit dieser meiner Willenserklärung anzustellen, wiederhole ich zur Bekräftigung meines Willens von Zeit zu Zeit nachfolgend meine Unterschrift:

| | | | |
|------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|
| _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) | _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) |
| _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) | _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) |
| _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) | _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) |
| _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) | _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) |
| _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) | _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) |
| _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) | _____ (Datum) | _____ (Unterschrift) |

TEIL 5 Erteilung einer Untervollmacht

Ich, _____, wurde von _____
(Name des Bevollmächtigten) (Name des Verfügenden)

als Bevollmächtigter eingesetzt und erteile im Rahmen dieser Vollmacht folgende Untervollmacht (HINWEIS: Die Untervollmacht kann auch außerhalb dieses Dokuments vom Berechtigten erteilt werden.)

(Name und Anschrift des Unterbevollmächtigten)

(Geburtsdatum)

(Tel.-Nr. geschäftlich und privat einschließlich Vorwahl)

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift des Bevollmächtigten)