

Patientenvorsorge

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung



2019

Vierte, völlig **neu** überarbeitete Auflage

Persönliches Dokument
mit **Vertrauenkarte**



Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

krankheitsbedingt nicht in der Lage bin, meinen Willen zu bilden
oder zu äußern, verfüge ich,

wenn ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach in einem unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- infolge einer direkten oder indirekten Gehirnschädigung, meine Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (zum Beispiel bei demenzieller Erkrankung) auch mit Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Wege zu mir zu nehmen,

keine Maßnahmen, die mein Leiden oder Sterben nur verlängern würde, wünsche. Insbesondere wünsche ich keine:

- Künstliche Ernährung über eine von außen über die Bauchhaut eingeführte Magensonde (PEG)
- Künstliche Ernährung über eine über den Mundraum eingeführte Magensonde



Vorsorgevollmacht

Als Vertreter/in (Bevollmächtigte/r), mit dem sich die Ärztinnen und Ärzte im Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit absprechen sollen, benenne ich:

und im Verhinderungsfall:

1. Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

2. Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Persönliche Ergänzungen/Änderungen:

Multiple horizontal lines for personal additions or changes.



Betreuungsverfügung

Die in dieser Patientenvorsorge genannten Vertreter/innen sollen auch als Betreuer/in eingesetzt werden, falls vom Gericht eine Betreuung verfügt wird.

Diese **Vertrauenskarte** bitte ausfüllen, abtrennen, falten und in Ihren Ausweispapieren mitführen.



Für den Fall, dass ich:

Vertical lines for name, address, and birth date.

Geburtsdatum

Name/Vorname

Adresse

nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden und zu äußern, habe ich ein Exemplar meiner SPES VIVA Patienten- vorsorge hinterlegt bei (bitte wenden):



Wichtige Hinweise



Herausgeber:
Förderverein SPES VIVA e. V.

Bremer Straße 31
49179 Ostercappeln
Telefon 0 54 73 - 29 101
Telefax 0 54 73 - 24 00
E-mail: kontakt@spes-viva.de
Internet: www.spes-viva.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Jürgen Wilmsen-Neumann M. A.
Dr. Ulrich Billenkamp

Inhaltlicher Stand der Fassung: März 2019

Quellenhinweise:
Christliche Patientenvorsorge.
Evangelische Kirche Deutschlands
Deutsche Bischofskonferenz,
Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen
Deutschlands 2018.

Bundesministerium für Justiz und
Verbraucherschutz 2018

Hinweise und Empfehlungen zum Umgang
mit Vorsorgevollmachten und Patienten-
verfügungen im ärztlichen Alltag.
Bekanntmachungen der Bundesärztekammer.
Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 51-52,
24. Dezember 2018.

Die Patientenvorsorge ist **verbindlich** und von großer Bedeutung für das eigene Leben. Sie gilt dann, wenn Sie durch Krankheit, Unfall oder Bewusstseinsstrübung nicht mehr in der Lage sind, Ihren Willen zu äußern.

Sie sollte schriftlich (nicht zwingend handschriftlich) abgefasst sein. Eine notarielle Beglaubigung ist nicht erforderlich.

In dem SPES VIVA Vordruck wird Ihre Patientenvorsorge durch eine(n) Ärztin/Arzt Ihre Vertrauens, z. B., Hausarzt/-ärztin bestätigt. Sie können sich **zuvor** auch mit einer/einem persönlichen Berater/in oder einer/einem Gesprächsbegleiter/in im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) (Z. Zt. nur in Pflegeeinrichtungen), zusammensetzen.

Diese Patientenvorsorge sieht einen Behandlungsverzicht im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer tödlich verlaufenden Erkrankung vor.

Genauso fühlen wir uns **verpflichtet**, Schmerzen und Symptome soweit wie möglich zu lindern und das Leben nicht um jeden Preis zu verlängern.

Unter „**Persönliche Ergänzungen/Änderungen**“ können Sie z. B. angeben, ob Sie bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Maßnahmen untersagen.

Sie können Personen benennen, von denen Sie sich einen Beistand wünschen, z. B. Angehörige, Freunde, Seelsorger/in. Auch eine allgemeine oder konkrete hospizliche bzw. palliative Anbindung oder Begleitung können Sie wünschen. Andererseits sollten Sie festschreiben, wenn Sie bestimmte Behandlungen oder Maßnahmen möchten.

Sie können - und das kann eine große Hilfe für die behandelnden Personen sein - auch Aussagen zu Ihrer grundsätzlichen **Lebens- und Werteeinstellung** und zur **Einstellung zum Sterben und Tod** formulieren.

Ein(e) von Ihnen benannte(r) **Vertreter/in** bzw. eine **Ersatzperson**, die Sie **benennen** sollten hat für den Fall, dass Sie selber Ihren Willen nicht mehr frei äußern können, in Ihrem Sinne - zusammen mit der/dem Ärztin/Arzt zu entscheiden. Sollte es zu keiner Einigung zwischen diesen beiden kommen, hat das Betreuungsgericht zu entscheiden.

Wir empfehlen gleichzeitig festzulegen, wer **Betreuer/in** sein soll, falls das Gericht eine(n) Betreuer/in bestellen muss. (**Betreuungsverfügung**)

Heben Sie den SPES VIVA Vordruck an einer schnell zugänglichen und der Vertrauensperson bekannten Stelle auf z. B. Familienstammbuch, als Heimbewohner/in in der Nachtschublade o. a. und tragen Sie die **Vertrauenskarte** die vom Text her eine Kurzfassung des Originals ist, bei Ihren Ausweispapieren oder in Ihrer Geldbörse bei sich.

Geben Sie der/dem Ärztin/Arzt Ihres Vertrauens eine **Kopie** Ihrer Verfügung.

Bestätigen Sie möglichst alle zwei Jahre Ihre Verfügung durch Erneuerung der Unterschriften. Selbstverständlich können Sie Ihre Verfügung jederzeit formlos widerrufen, notfalls auch mündlich.

Wenn Sie mit uns sprechen wollen oder wenn Sie weitere SPES VIVA Vordrucke oder Informationsmaterialien benötigen, wenden Sie sich bitte an uns über die links stehenden **Kontakt**daten.

Kosten entstehen für Sie hierdurch nicht.

bei meinen persönlichen Unterlagen

eine Zweitschrift oder Kopie

bei meiner mich vertretenden Vertrauensperson

bei Arzt oder Ärztin meines Vertrauens

bei der Leitung der mich versorgenden Einrichtung
(z. B. Pflege-, Hospizdienst, ambulante Palliativversorgung,
Pflegeheim, Seniorenbetreuung)