

Vorsorgevollmacht Betreuungsvollmacht Patientenverfügung

Manfred Gogol
Klinik für Geriatrie
Coppenbrügge

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

**Empfehlungen der Bundesärztekammer
und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
in der ärztlichen Praxis**

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 104 | Heft 13 | 30. März 2007

Grundsätze der Medizinischen Behandlung 1

- Wahrung der Menschenwürde
- Achtung der Persönlichkeit
- Achtung des Patientenwillens
- Achtung des Selbstbestimmungsrechts

§ 7 Abs. 1 (Muster-)Berufsordnung

- Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille ist **grundsätzlich** verbindlich

Grundsätze der Medizinischen Behandlung 2

- Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille ist **grundsätzlich** verbindlich
- „Gleichwohl geben diese Voraussetzungen nur für bestimmte Teilbereiche und Grenzsituationen des Lebens und des Sterbens eine dem Willen des Patienten hilfreiche Orientierung und können nicht durchgehend selbstbestimmtes Leben und Sterben absichern.“

Deutsches Ärzteblatt 2007;104(13):A891-6.

Vorsorgevollmacht

- Für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit
- Schriftliche Erteilung
- Ggf. notarielle Beurkundung
- Ggf. Anrufung des Betreuungsgerichtes durch den Arzt
- Eine Vorsorgevollmacht hat grundsätzlich Vorrang vor einer gesetzlichen Betreuung
- Die Vorsorgevollmacht erlischt durch Widerruf
- Der Widerruf ist jederzeit möglich
- **Kommunikation mit Angehörigen / Hausarzt**

Vorsorgevollmacht 1

V O L L M A C H T

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

Vorsorgevollmacht 2

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

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.

Vorsorgevollmacht 3

1. Gesundheitsorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. JA NEIN
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. JA NEIN
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. JA NEIN
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. JA NEIN
- _____ JA NEIN
- _____ JA NEIN
- _____ JA NEIN

Vorsorgevollmacht 4

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, 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 Heimvertrag abschließen und kündigen. JA NEIN
- _____ JA NEIN

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. JA NEIN
- _____ JA NEIN
- _____ JA NEIN

Vorsorgevollmacht 5

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 JA NEIN
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen JA NEIN
 - Verbindlichkeiten eingehen 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) JA NEIN
 - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. JA NEIN
 - JA NEIN
-

Vorsorgevollmacht 6

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können



Hinweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen (Muster im Anhang). 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.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!

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

Vorsorgevollmacht 7

7. Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten 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 zu bestellen. JA NEIN

9. Weitere Regelungen

■

Vorsorgevollmacht 8

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Beglaubigungsvermerk

<http://www.bmj.bund.de/files/-/953/Vorsorgevollmacht.pdf>

Betreuungsverfügung 1

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge 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:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

Betreuungsverfügung 2

- Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

- Auf keinen Fall soll zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

- Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/
die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Ort, Datum

Unterschrift

Eintragung einer Vorsorgevollmacht



Datenformular für Privatpersonen
 Antrag auf Eintragung einer Vorsorgevollmacht
 Bitte Informationen beachten!
 Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet.



Name des Vollmachtgebers
 Geburtsdatum



*** Daten der Vorsorgevollmacht**

1 Vollmachtsdatum* _____

2 Vollmacht zur Erledigung von Vermögensangelegenheiten
 Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge
 Maßnahmen nach § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB ausdrücklich umfasst
 Angelegenheiten der Aufenthaltsbestimmung
 Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 und 4 BGB ausdrücklich umfasst
 sonstige persönliche Angelegenheiten

3 Vollmacht enthält Anordnungen oder Wünsche für den Fall, dass das Gericht einen Betreuer bestellt (Betreuungsverfügung)
 hinsichtlich Art und Umfang medizinischer Versorgung (Patientenverfügung)

4 Weitere Angaben (z. B. Aufbewahrungsort der Vollmacht) _____

25 Daten des 2. Bevollmächtigten vorgeschlagenen Betreuers

26 Anrede* Herr Frau Akademischer Titel _____

28 Familienname* _____

29 Vornamen* _____

30 Geburtsname _____ 31 Geburtsdatum _____

32 Straße, Hausnummer* _____

33 Postleitzahl, Ort* _____

34 Telefon _____

35 Weitere Angaben (z. B. Verhältnis mehrerer Bevollmächtigter, Beschränkungen der Vollmacht) _____

Ich - der Bevollmächtigte/vorgeschlagene Betreuer - bin mit der Eintragung meiner Daten einverstanden.

(Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten/vorgeschlagenen Betreuers) **Unterschrift nicht zwingend erforderlich** (s. Informationen)

*** Daten des Vollmachtgebers** (für jeden Vollmachtgeber bitte ein eigenes Formular verwenden)

5 Anrede* Herr Frau Akademischer Titel _____

7 Familienname* _____

8 Vornamen* _____

9 Geburtsname _____

10 Geburtsort* _____ 11 Geburtsdatum* _____

12 Straße, Hausnummer* _____

13 Postleitzahl, Ort* _____

*** Zahlungsweise** (für Eintragungsgebühr)

36 Überweisung Lastschrift

37 Bankleitzahl _____ 38 Kreditinstitut _____

39 Kontonummer _____

40 Kontoinhaber (falls abweichend vom Vollmachtgeber) _____

14 Daten des 1. Bevollmächtigten vorgeschlagenen Betreuers

15 Anrede* Herr Frau Akademischer Titel _____

17 Familienname* _____

18 Vornamen* _____

19 Geburtsname _____ 20 Geburtsdatum _____

21 Straße, Hausnummer* _____

22 Postleitzahl, Ort* _____

23 Telefon _____

24 Weitere Angaben (z. B. Verhältnis mehrerer Bevollmächtigter, Beschränkungen der Vollmacht) _____

Ich - der Bevollmächtigte/vorgeschlagene Betreuer - bin mit der Eintragung meiner Daten einverstanden.

Hiermit ermächtige ich die Bundesnotarkammer - Zentrales Vorsorgeregister - widerruflich, die von mir zu entrichtenden Gebühren von meinem o.g. Girokonto durch Lastschrift einzuziehen (bei Zahlung durch Überweisung entbehrlich).

(Ort, Datum) _____ (Unterschrift des Kontoinhabers) _____

Ich - der Vollmachtgeber - beantrage die Eintragung der vorstehenden Daten.

(Ort, Datum) _____ (Unterschrift des Vollmachtgebers) _____

Anzahl Zusatzblätter "PZ" bei mehr als 2 Bevollmächtigten/Betreuern: _____

(Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten/vorgeschlagenen Betreuers) **Unterschrift nicht zwingend erforderlich** (s. Informationen)

Bitte per Post zurücksenden an:
 Bundesnotarkammer
 - Zentrales Vorsorgeregister -
 Postfach 08 01 51
 10001 Berlin

Bitte übersenden Sie uns nur das ausgefüllte und unterschriebene Formular und nicht die Vorsorgevollmachtsurkunde selbst.

Eintragung weiterer Bevollmächtigter in einer Vorsorgevollmacht

 <p>BUNDESNOTARKAMMER ZENTRALES VORSORGEREGISTER</p>	<p>Zusatzblatt Bevollmächtigte/Betreuer für Privatpersonen</p> <p>Antrag auf Eintragung weiterer Bevollmächtigter zu einer Vorsorgevollmacht</p> <p>Bitte Informationen beachten!</p>	<p>PZ</p>
---	--	-----------

1 Name des Vollmachtgebers* _____

2 Geburtsdatum* _____

3 Daten des Bevollmächtigten vorgeschlagenen Betreuers

4 Anrede* Herr Frau 5 Akademischer Titel _____

6 Familienname* _____

7 Vornamen* _____

8 Geburtsname _____ 9 Geburtsdatum _____

10 Straße, Hausnummer* _____

11 Postleitzahl, Ort* _____

12 Telefon _____

13 Weitere Angaben (z. B. Verhältnis mehrerer Bevollmächtigter, Beschränkungen der Vollmacht)

Ich - der Bevollmächtigte/vorgeschlagene Betreuer - bin mit der Eintragung meiner Daten einverstanden.

(Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten/vorgeschlagenen Betreuers) **Unterschrift nicht zwingend erforderlich** (s. Informationen)

14 Daten des Bevollmächtigten vorgeschlagenen Betreuers

15 Anrede* Herr Frau 16 Akademischer Titel _____

17 Familienname* _____

18 Vornamen* _____

19 Geburtsname _____ 20 Geburtsdatum _____

21 Straße, Hausnummer* _____

22 Postleitzahl, Ort* _____

23 Telefon _____

24 Weitere Angaben (z. B. Verhältnis mehrerer Bevollmächtigter, Beschränkungen der Vollmacht)

Ich - der Bevollmächtigte/vorgeschlagene Betreuer - bin mit der Eintragung meiner Daten einverstanden.

(Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten/vorgeschlagenen Betreuers) **Unterschrift nicht zwingend erforderlich** (s. Informationen)

Ich - der Vollmachtgeber - beantrage die Eintragung der vorstehenden Daten.

(Ort, Datum) _____ (Unterschrift des Vollmachtgebers) _____

Konto- und Depotvollmacht

Konto-/Depotvollmacht – Vorsorgevollmacht

(Abgestimmt mit den im Zentralen Kreditausschuss zusammenarbeitenden Spitzenverbänden der Kreditwirtschaft)

Kontoinhaber/Vollmachtgeber

Name und Anschrift	
Name der Bank/Sparkasse und Anschrift	

Ich bevollmächtige hiermit den nachstehend genannten Bevollmächtigten

Name, Vorname (auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Anschrift		Telefon-Nr.	

mich im Geschäftsverkehr mit der Bank/Sparkasse zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle meine bestehenden und künftigen Konten und Depots bei der vorgenannten Bank/Sparkasse.

Im Einzelnen gelten folgende Regelungen:

1. Die Vollmacht berechtigt gegenüber der Bank/Sparkasse dazu,
 - über das jeweilige Guthaben (z. B. durch Überweisung, Barabhebungen, Schecks) zu verfügen und in diesem Zusammenhang auch Festgeldkonten und sonstige Einlagenkonten einzurichten,
 - eingeräumte Kredite in Anspruch zu nehmen,
 - von der Möglichkeit vorübergehender Kontoüberziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch zu machen,
 - An- und Verkäufe von Wertpapieren (mit Ausnahme von Finanztermingeschäften) und Devisen zu tätigen und die Auslieferung an sich zu verlangen,
 - Abrechnungen, Kontoauszüge, Wertpapier-, Depot- und Ertragnisaufstellungen sowie sonstige die Konten/Depots betreffende Mitteilungen und Erklärungen entgegenzunehmen und anzuerkennen
 - sowie Debitkarten¹ zu beantragen.
2. Zur Erteilung von Untervollmachten ist der Bevollmächtigte nicht berechtigt.
3. Die Vollmacht kann vom Kontoinhaber jederzeit gegenüber der Bank/Sparkasse widerrufen werden. Widerruft der Kontoinhaber die Vollmacht gegenüber dem Bevollmächtigten, so hat der Kontoinhaber die Bank/Sparkasse hierüber unverzüglich zu unterrichten. Der Widerruf gegenüber der Bank/Sparkasse und deren Unterrichtung sollten aus Beweisgründen möglichst schriftlich erfolgen.
4. Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Kontoinhabers; sie bleibt für die Erben des verstorbenen Kontoinhabers in Kraft. Widerruft einer von mehreren Miterben die Vollmacht, so kann der Bevollmächtigte nur noch diejenigen Miterben vertreten, die seine Vollmacht nicht widerrufen haben. In diesem Fall kann der Bevollmächtigte von der Vollmacht nur noch gemeinsam mit dem Widerrufenden Gebrauch machen. Die Bank/Sparkasse kann verlangen, dass der Widerrufende sich als Erbe ausweist.

¹Begriff institutsabhängig, zum Beispiel ec- bzw. Maestro-Karte oder Kundenkarte.

Wichtige Hinweise für den Kontoinhaber/Vollmachtgeber

Ab wann und unter welchen Voraussetzungen der Bevollmächtigte von dieser Vollmacht Gebrauch machen darf, richtet sich nach den gesondert zu treffenden Vereinbarungen zwischen dem Kontoinhaber und dem Bevollmächtigten. Unabhängig von solchen Vereinbarungen kann der Bevollmächtigte gegenüber der Bank/Sparkasse **ab dem Zeitpunkt der Ausstellung** dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen.

Die Bank/Sparkasse prüft **nicht**, ob der „Vorsorgefall“ beim Kontoinhaber/Vollmachtgeber eingetreten ist.

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers	
--	--

Der Bevollmächtigte zeichnet:

Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten = Unterschriftenprobe	
--	--

Ihre Bank/Sparkasse ist **gesetzlich verpflichtet**, den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. **Zur Erteilung der Konto-/Depotvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf.**

Patientenverfügung 1

- „ ... ist eine individuelle, schriftliche oder mündliche, formfreie Willenserklärung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit.“
- **Adressat:** alle, die an einer Behandlung teilnehmen, z.B. auch Pflegepersonal

Patientenverfügung 2

- Ärztliches Beratungsgespräch empfohlen
(→ Missverständnisse, Fehleinschätzungen, Erfahrungen aus dem Umfeld besprechen und ggf. korrigieren)
- Formulierung in Hinblick auf konkrete Umstände
- nach Möglichkeit schriftlich, Datum, Unterschrift
- Erneuerung der Unterschrift alle 2 Jahre empfohlen
- Hinterlegung Kopie (z.B. Hausarzt) – Original ?
- Benennung einer Vertrauensperson
- Ggf. Hinweise auf weitere Erklärungen – z.B. Betreuungsverfügung

Patientenverfügung 3

Situationen

- Sterbephase
- nicht aufhaltbare schwere Leiden
- Dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit (z.B. Demenz, apallisches Syndrom, Schädelhirntrauma)
- Akute Lebensgefahr
- Irreversible Bewußtlosigkeit

Patientenverfügung 4

Ärztliche (medizinische) Maßnahmen

Aussagen zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen wie z.B.:

- Künstliche Ernährung
- Beatmung
- Dialyse
- Organersatz
- Wiederbelebung
- Medikamente
(z.B. Antibiotika,
Psychopharmaka, Zytostatika)
- Schmerzbehandlung
- Art der Unterbringung und Pflege
- andere betreuende Maßnahmen
- Hinzuziehung weiterer Ärzte
- Alternative Behandlungsmaßnahmen
- Gestaltung des Sterbeprozesses

Patientenverfügung 5

Ergänzende persönliche Angaben können hilfreich sein

- Lebenseinstellungen
- Religiöse Überzeugung
- Philosophische Überzeugungen
- Bewertung von Schmerzen
- Bewertung von schweren Schäden in der verbleibenden Lebenszeit



Patientenverfügung

Leiden
Krankheit
Sterben

Wie bestimme ich, was
medizinisch
unternommen werden soll,
wenn ich entscheidungs-
unfähig bin?



Patientenverfügung

Leiden
Krankheit
Sterben

Wie bestimme ich, was
medizinisch
unternommen werden soll,
wenn ich entscheidungs-
unfähig bin?



Publikationsbestellung

Internet: www.bmj.bund.de/publikationen

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

Telefon 01805 77 80 90 (12 Cent/Min.)

Fax 030-18105 80 80 00

http://www.bmj.bund.de/files/-/1512/Patvfg._160108.pdf

Patientenverfügung 1

Die Patientenverfügung	6
Was ist eine Patientenverfügung?	6
Brauche ich unbedingt eine Patientenverfügung, was sollte ich bedenken?	6
Wie kann ich noch vorsorgen, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann?	7
Wo kann ich mich näher informieren?	8
Welche Form muss meine Patientenverfügung haben?	8
Wie bekommt die behandelnde Ärztin oder der Arzt meine Patientenverfügung?	9
Muss meine Patientenverfügung beachtet werden?	9
Warum sollte ich meiner Patientenverfügung auch eine Beschreibung meiner persönlichen Wertvorstellungen beifügen?	10

Patientenverfügung 2

Wie formuliere ich eine schriftliche Patientenverfügung?	12
Handreichungen für eine schriftliche Patientenverfügung	13
Empfohlener Aufbau einer schriftlichen Patientenverfügung	14

Die Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung

15

1. Eingangsformel
 2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll
- 15 15

Patientenverfügung 3

3.	Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen	16
	Lebenserhaltende Maßnahmen	16
	Schmerz- und Symptombehandlung	17
	Künstliche Ernährung	17
	Künstliche Flüssigkeitszufuhr	18
	Wiederbelebung	18
	Künstliche Beatmung	19
	Dialyse	19
	Antibiotika	20
	Blut/Blutbestandteile	20
4.	Organspende	20
5.	Ort der Behandlung, Beistand	21
6.	Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung	22
7.	Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen	23
8.	Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung	24

Patientenverfügung 4

9. Schlussformel	25
10. Schlussbemerkungen	25
11. Information/Beratung	25
12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit	25
13. Aktualisierung	26

Die Beispiele

27

Beispiel 1	27
------------------	----

Beispiel 2	32
------------------	----

Die Fußnoten

35

Bundesärztekammer / -Links

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.60.1769&all=true>

Muster-Formulare

Bundesjustizministerium

- [Patientenverfügung](#)
- [Vorsorgevollmacht](#)

[Bayerische Landesärztekammer](#) (unter Patienteninfo)

[Landesärztekammer Baden-Württemberg](#)

[Ärztekammer Bremen](#)

[Landesärztekammer Hamburg](#)

[Landesärztekammer Hessen](#)

[Landesärztekammer Niedersachsen](#) (pdf unter PatientenInfo)

[Landesärztekammer Nordrhein](#)

[Landesärztekammer Rheinland-Pfalz](#)

[Landesärztekammer Saarland](#)

[Landesärztekammer Sachsen-Anhalt](#)

[Sächsische Landesärztekammer](#)

[Landesärztekammer Schleswig-Holstein](#) (unter Bürger-Info)

[Landesärztekammer Westfalen-Lippe](#)

z.B. www.ekd.de, www.katholische-kirche.de



Betreuungsrecht

Mit ausführlichen Informationen
zur Vorsorgevollmacht





Bundesministerium
der Justiz

Bundesministerium der Justiz

Betreuungsrecht

Mit ausführlichen Informationen
zur Vorsorgevollmacht



Publikationsbestellung
Internet: www.bmj.bund.de/publikationen

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 481009
18132 Rostock

Telefon 01805 77 80 90 (12 Cent/Min.)
Fax 030 18105808000

Neuaufgabe 2. Quartal 2008

www.krankenhaus-lindenbrunn.de

→ Geriatrie

→ Fachbeiträge