

Dr. med. Eugen Goßner --- Dr.med. Anastasia Baumeister

Fachärzte für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Ernährungsmedizin – diabetologisch qualifizierte Hausärzte

Landsberger Str.29 - 86179 Augsburg - Tel: 0821/811600 - Fax: 0821/8155205 - mail:info@hausarzt.net.de

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Von: \$Vorname# Mustermann

01.01.1955

Diese Erklärung gebe ich vollständig freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.

MUSTER

Wenn ich meinen Willen nicht mehr äußern kann, so wünsche ich und bitte ich:

I)

Bei Akutereignissen

z.B. bei Unfällen, akuten Erkrankungen oder ähnlichen akuten Ereignissen bei denen ich vor Eintritt des Ereignisses noch selbst sinnvoll handeln und mich äußern konnte: Um den Einsatz aller medizinisch sinnvollen Möglichkeiten den annähernden Zustand vor dem Ereignis wieder herzustellen. Dies beinhaltet auch maximale intensivmedizinische Betreuung.

II)

Bei chronischen Ereignissen, wenn ich mich seit mindestens vier Wochen weder mündlich, schriftlich, durch Zeichen oder sonstige Willensbekundungen äußern kann ohne dass dieses durch Medikamente (Psychopharmaka und/oder Narkosemedikamente oder ähnliches) hervorgerufen ist. (Sollte dieser Zustand möglicherweise durch Medikamente hervorgerufen sein, so bitte ich diese, außer eventuell notwendige Schmerzmedikamente, abzusetzen um zu eruieren, ob die Medikamentengabe Ursache für diesen Zustand ist.) Zum Beispiel bei sehr weit fortgeschrittenen chronischen körperlichen Erkrankungen oder bei Demenzerkrankungen oder hirnorganischem Psychosyndrom von der Ausprägung einer Demenz, gleich welcher Ursache.

Besonders bei Alzheimer Demenz, Multiinfarktdemenz, Demenz nach cerebralem Insult oder vergleichbaren Erkrankungen; in der Präfinal oder Finalphase von somatischen Erkrankungen wie Tumorerkrankungen, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, kurativ nicht mehr behandelbarer Herz, Nieren, Leber oder sonstiger Organinsuffizienz. Dies gilt auch für das sogenannte Wachkoma nach physischen, chemischen oder sonstigen Traumen.

In diesen konkreten Fällen wünsche ich und bitte ich schon jetzt:

- Keinerlei wie auch immer geartete Ernährung oder Flüssigkeitsgabe über Sonden oder Infusionen. Insbesondere nicht zur Aufrechterhaltung irgendeines Body Mass Indexes oder ähnlicher Kriterien irgendeiner Fachgesellschaft oder zur Befriedigung irgendwelcher medizinischen oder pflegerischen Leitlinien. Insbesondere nicht bei symptomloser Nichteinhaltung von irgendwelchen rechnerisch notwendigen Trinkmengen, außer die Zufuhr ist zur Linderung von Symptomen wie Verwirrtheit etc. kurzzeitig medizinisch geboten. Sehr wohl bitte ich aber um eine individuelle und menschliche Mund und Körperpflege und soweit möglich um palliativmedizinische Symptomenkontrolle.

Dr. med. Eugen Goßner --- Dr.med. Anastasia Baumeister

Fachärzte für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Ernährungsmedizin – diabetologisch qualifizierte Hausärzte

Landsberger Str.29 - 86179 Augsburg - Tel: 0821/811600 - Fax: 0821/8155205 - mail:info@hausarzt.net.de

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Von: \$Vorname# Mustermann

01.01.1955

- Keine Reanimation (Wiederbelebung)
- Kein Einsatz eines so genannten Blaulichtnotarztes
- Keine Überbringung in Krankenhauspflege außer es dient ausschließlich der Schmerz und Symptomenkontrolle wie zum Beispiel das palliativmedizinisch sinnvolle Legen von spinalen Schmerzpumpen etc. Die Grundgedanken dieser Verfügung sollen aber auch im Krankenhaus beachtet werden.
- Keine künstliche Beatmung. Sehr wohl aber bitte ich um die Symptomenkontrolle der Dyspnoe soweit als medizinisch und pflegerisch möglich.
- Keine wie auch immer geartete enterale oder parenterale (i.v., s.c., per infusionem, oder ähnlichem) Medikamentengabe über zwei Wochen hinaus.
- Medikamentengabe zur Schmerzlinderung, Beruhigung oder Linderung belästigender, schmerzhafter oder Angst verursachender Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Todesrasseln, erhöhter Atemarbeit oder ähnlicher Symptome, erbitte ich jedoch ausdrücklich.

Ebenfalls bitte ich um geistlichen Beistand.

Zur Beurteilung des Status vertraue ich mich meinem jeweils behandelnden Hausarzt an und bitte den behandelnden Arzt im Krankenhaus oder den diensthabenden Bereitschaftsarzt bei Unklarheiten mit diesem Rücksprache zu halten. Im übrigen gilt diese Verfügung für alle Ärzte.

Dies soll in enger Zusammenarbeit und vertrauensvollem Kontakt mit meinem Bevollmächtigten geschehen.

Ich genehmige ausdrücklich eine daraus resultierende mögliche Verkürzung der Lebenszeit durch oben angeführte Maßnahmen oder Unterlassungen.

Ich bitte mein Sterben zuzulassen.

Diese Verfügung habe ich mit meinem Hausarzt besprochen voll verstanden und sie entspricht meinem freien Willen, geäußert im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Sollte ich einzelne Krankheitsbilder oder therapeutische Erwägungen nicht erwähnt haben, so bitte und wünsche ich um Handlungen im Sinne der oben verfassten Zeilen.

Ich weiß, dass ich dieses Schriftstück jederzeit widerrufen, anpassen oder ändern kann.

<p>Dr. med. Eugen Goßner --- Dr.med. Anastasia Baumeister Fachärzte für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Ernährungsmedizin – diabetologisch qualifizierte Hausärzte Landsberger Str.29 - 86179 Augsburg - Tel: 0821/811600 - Fax: 0821/8155205 - mail:info@hausarzt.net</p> <hr/> <p><u>Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung</u> Von: \$Vorname# Mustermann 01.01.1955</p>
--

Als meinen persönlichen Garant für die Durchsetzung meiner Verfügung setze ich hiermit ein.

Herrn/Frau:

Geboren am.:

Geboren in:

Ihn / Sie bitte ich meinen Willen durchzusetzen. Sie/er weiß, dass er damit erhebliche Pflichten mir gegenüber eingeht und die Durchsetzung meines Willens nicht immer leicht sein wird. Im Zweifel soll er sich Rechtssicherheit gegen Andersdenkende beim Vormundschaftsgericht erbitten, welches schon jetzt angewiesen wird in meinem und meines Bevollmächtigten Vertreters Willen zu entscheiden.

Ich erteile ihr / ihm hiermit die Vollmacht:

- Ausnahmslos alle Angelegenheiten der Gesundheitspflege zu entscheiden auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sind. Alle Behandler sind ihr/ihm gegenüber von der Schweigepflicht befreit. Sie / er darf in die Durchführung und Unterlassung von Heilbehandlungen einwilligen. Ausdrücklich bevollmächtige ich sie / ihn auch Maßnahmen abzulehnen die die Lebenszeit verlängern könnten.
- Meinen Aufenthaltsort zu bestimmen und über unterbringungsähnliche oder freiheitsberaubende Maßnahmen zu bestimmen (u.a.: Bauchgurt, Bettgitter, Beruhigungsmittel usw. ...) Ebenfalls darf sie / er Miet- oder sonstige Verträge abschließen oder auflösen.
- Mich bei Post und Fernmeldeverkehr zu vertreten.
- Mich ausnahmslos in allen meinen Vermögensangelegenheiten im In und Ausland zu vertreten, Verbindlichkeiten eingehen, in allen denkbaren Situationen des Vermögens und Geschäftsverkehrs vertreten. Auch in Liegenschaftsangelegenheiten.
- Sie / er darf mich allen Behörden, Gerichten Versicherungen etc gegenüber vertreten.

Dies alles soll über meinen Tod hinaus gelten.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift Vollmachtgeber

.....
Unterschrift Vollmachtnehmer

<p>Dr. med. Eugen Goßner --- Dr.med. Anastasia Baumeister Fachärzte für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Ernährungsmedizin – diabetologisch qualifizierte Hausärzte Landsberger Str.29 - 86179 Augsburg - Tel: 0821/811600 - Fax: 0821/8155205 - mail:info@hausarzt.net</p> <hr/> <p><u>Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung</u> Von: \$Vorname# Mustermann 01.01.1955</p>
--

Betreuungsverfügung:

Sollte trotz dieses Schriftstückes eine gesetzliche Betreuung notwendig sein, bitte ich die oben genannte Person / die oben genannten Personen als gesetzliche Betreuer zu bestellen.

Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....

.....
Ort,

..... Datum Unterschrift Patient Datum Unterschrift Arzt

..... Datum Unterschrift Patient (Stempel)

..... Datum Unterschrift Patient

..... Datum Unterschrift Patient

..... Datum Unterschrift Patient

Dr. med. Eugen Goßner --- Dr.med. Anastasia Baumeister

Fachärzte für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Ernährungsmedizin – diabetologisch qualifizierte Hausärzte

Landsberger Str.29 - 86179 Augsburg - Tel: 0821/811600 - Fax: 0821/8155205 - mail:info@hausarzt.net.de

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Von: \$Vorname# Mustermann

01.01.1955

Haftungsausschluss: Diese Patientenverfügung habe ich, so erstellt, wie ich sie selbst für mich unterschrieben habe. Eine Rechtssicherheit oder juristische Verantwortung für irgendeinen Teil oder irgendeine Aussage dieses Schriftstückes kann ich nicht übernehmen, so wie keine andere Patientenverfügung bisher in Deutschland für das ärztliche Handeln rechtsverbindlich ist. Dr.Goßner

Anhang:

BUNDESGERICHTSHOF BESCHLUSS XII ZB 2/03 vom 17. März 2003 (Auszug)

a) Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder –verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor - etwa in Form einer sog. Patientenverfügung - geäußerten Willen entspricht. Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist. Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden kann, beurteilt sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell - also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen - zu ermitteln ist.

b) Ist für einen Patienten ein Betreuer bestellt, so hat dieser dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung und nach Maßgabe des § 1901 BGB Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder –verlängernde Behandlung kann der Betreuer jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wirksam verweigern. Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird - sei es dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist. Die Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts ergibt sich nicht aus einer analogen Anwendung des § 1904 BGB, sondern aus einem unabweisbaren Bedürfnis des Betreuungsrechts.

Ich, \$Vorname# \$Name#, \$Gebdatum#, wünsche Beratung über diese Patientenverfügung.

Mir ist bekannt, dass diese Beratung keine Kassenleistung ist und willige ein, dass ich die Kosten privat bezahlen werde.

Augsburg, \$Druckdatum#,

.....

Unterschrift