

Formular der Christlichen Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswunsch und Patientenverfügung

(In Anlehnung an das Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der ACK in Deutschland)

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 nebenstehend genannten Personen dürfen mich in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege 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 (§ 1904 Abs. 1 BGB).

Sie dürfen ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, 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 (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie dürfen somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

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

Die nebenstehend genannten Personen können meinen Aufenthalt bestimmen. Sie können über die Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.

II. Betreuungsverfügung

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

Name	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon / Mobil	

und bei Verhinderung der erstgenannten Personen

Name	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon / Mobil	

Auf **keinen Fall** soll zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden:

Name	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon / Mobil	

III. Unterschriften

1. Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin (notwendig)

Ort, Datum	Name	Unterschrift

2. Bestätigung durch die Vertrauenspersonen (freiwillig)

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht bzw. Betreuung in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den geäußerten Wünschen, Werten und Verfügungen zu orientieren.

Unterschriften der Vertrauenspersonen

Ort, Datum	Name	Unterschrift

Ort, Datum	Name	Unterschrift

Ort, Datum	Name	Unterschrift

Teil B: Bestimmungen für meine medizinische Behandlung

I. Behandlungswünsche und Patientenverfügung

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:

(Bitte entsprechendes Feld ankreuzen)

Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Behandlungswünsche und Patientenverfügung
		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.
		Es sollen keine Antibiotika mehr 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:

(Bitte entsprechendes Feld ankreuzen)

Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Behandlungswünsche und Patientenverfügung
		<p>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 in Frage 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.</p>

3. Ich möchte Beistand durch

(Bitte entsprechendes Feld ankreuzen)

	<p>Folgende Person (z.B. einer Kirche)</p> <p>Name: _____</p> <p>Straße, Hausnummer: _____</p> <p>PLZ, Wohnort: _____</p> <p>Telefon / Mobil: _____</p>
	<p>einen Hospiz-/ Palliativdienst</p>

4. Raum für ergänzende Verfügungen:

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

II. Unterschriften

1. Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin (notwendig)

Ort, Datum	Name	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. Bitte überprüfen Sie daher in regelmäßigen Abständen die Festlegungen in Ihrer CHRISTLICHEN PATIENTENVORSORGE.