

A watercolor palette with various colors including brown, green, blue, red, yellow, orange, purple, and pink. The colors are arranged in a grid pattern, with some colors appearing more saturated than others.

Christliche Patientenvorsorge

durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,
Behandlungswünsche und Patientenverfügung

Formular

der Deutschen Bischofskonferenz
und des Rates der Evangelischen Kirche
in Deutschland in Verbindung mit
weiteren Mitglieds- und Gastkirchen
der Arbeitsgemeinschaft Christlicher
Kirchen in Deutschland

Persönliches
Exemplar

Formular der Christlichen Patientenvorsorge

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 Gesundheits- sorge und einer ambulanten oder (teil-)statio- nären Pflege einschließlich der damit verbun- denen vermögensrechtlichen Angelegenheiten vertreten.

Sie dürfen in sämtliche Maßnahmen zur Unter- suchung des Gesundheitszustandes, in Heilbe- handlungen und in ärztliche Eingriffe einwilli- gen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbun- den sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden er- leiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).

Sie dürfen ihre Einwilligung in jegliche Maß- nahmen zur Untersuchung des Gesundheitszu- stands, in Heilbehandlungen und ärztliche Ein- griffe 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 de- ren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich ent- binde alle behandelnden Ärzte und nichtärztli- ches Personal gegenüber den bevollmächtigten Personen von ihrer Schweigepflicht.

Die nebenstehend genannten Personen können meinen Aufenthalt bestimmen. Sie können über die Unterbringung mit freiheitsentziehender Wir- kung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsent- ziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medika- mente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) ent- scheiden, 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 Person

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	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.

Unterschrift der Vertrauenspersonen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	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:

- 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:

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.

3. Ich möchte Beistand durch

folgende Person (z. B. einer Kirche):

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon / Mobil:

einen Hospiz-/Palliativdienst

4. Raum für ergänzende Verfügungen: (Siehe hierzu die Erläuterungen in Abschnitt 3.2.4 »Raum für ergänzende Verfügungen«, Seiten 21 – 22)

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

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

A watercolor palette with various colors including brown, green, blue, red, yellow, orange, purple, and dark blue. The colors are arranged in a grid pattern, with some colors appearing more saturated than others.

Christliche Patientenvorsorge

durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,
Behandlungswünsche und Patientenverfügung

Formular

der Deutschen Bischofskonferenz
und des Rates der Evangelischen Kirche
in Deutschland in Verbindung mit
weiteren Mitglieds- und Gastkirchen
der Arbeitsgemeinschaft Christlicher
Kirchen in Deutschland

Zweitexemplar für die
Vertrauensperson

Formular der Christlichen Patientenvorsorge

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 Gesundheits-sorge 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 Gesundheitszustands, 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 Person

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	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.

Unterschrift der Vertrauenspersonen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	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:

- 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:

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.

3. Ich möchte Beistand durch

folgende Person (z. B. einer Kirche):

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon / Mobil:

einen Hospiz-/Palliativdienst

4. Raum für ergänzende Verfügungen: (Siehe hierzu die Erläuterungen in Abschnitt 3.2.4 »Raum für ergänzende Verfügungen«, Seiten 21 – 22)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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	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 (*Näheres siehe Abschnitt 3.2.3, Seite 20*). Bitte überprüfen Sie daher in regelmäßigen Abständen die Festlegungen in Ihrer CHRISTLICHEN PATIENTENVORSORGE.

Hinweiskarte auf die Christliche Patientenvorsorge

*Bitte füllen Sie die
Hinweiskarte aus und
nehmen Sie diese zu Ihren
Ausweispapieren:*



Telefon / Mobil

Ort

Straße

Name

Bitte wenden Sie sich an

Christliche Patientenvorsorge

durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,
Behandlungswünsche und Patientenverfügung

*Bitte dem behandelnden Arzt
oder der behandelnden Ärztin geben*

Für den Fall, dass ich

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Ort:

Telefon / Mobil:

**meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann,
habe ich ein Formular der CHRISTLICHEN
PATIENTENVORSORGE hinterlegt**

- bei meinen persönlichen Unterlagen
- das *Zweitexemplar* bei meiner bevollmächtigten Person
- Kopien bei Angehörigen
- bei Arzt oder Ärztin meines Vertrauens

beim Betreuungsgericht in

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift