

Betreuungsverfügung

Von

Datum

_____ (Name/ Vorname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße)

_____ (PLZ, Wohnort)

_____ (Telefon)

Ich möchte niemandem eine Vollmacht erteilen. Sollte ich durch Unfall, Krankheit oder eine Behinderung in eine Lage geraten, in der ich meine Angelegenheiten nur noch zum Teil oder gar nicht mehr selbst erledigen kann, so wünsche ich, daß folgende Person/ folgender Betreuungsverein mit der rechtlichen Betreuung betraut wird:

_____ (Name, Vorname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße)

_____ (PLZ/ Wohnort)

Die Betreuung soll meinen Wünschen entsprechend geführt werden. Ich wünsche:

... Ich wünsche meinen bisherigen Lebensstandard aufrecht zu erhalten. Hierfür ist mein Vermögen, soweit wie nötig, aufzubrauchen. Die für _____ bestehende Bankvollmacht soll weiterhin gültig bleiben.

Gesundheits- und Behandlungsvorsorge

... Mein Bevollmächtigter/ Mein Betreuer darf in meinem Namen in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, daß ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden kann. Er muß dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einholen (§ 1904 BGB).

... Die in meiner Patientenverfügung geäußerten Wünsche sind von meinem Bevollmächtigten/ Betreuer zu befolgen. Insbesondere soll er auch die in meiner

Patientenverfügung niedergelegten Wünsche gegenüber Ärzten und Pflegepersonal, gegebenenfalls auch mit rechtlichen Mitteln, durchsetzen.

... Der Bevollmächtigte/ Betreuer kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe). Er genießt mein volles Vertrauen und tritt in allen meinen Angelegenheiten in meine Rechte gegenüber Ärzten; Kliniken, Hospizen etc. ein. Er kann Entscheidungen über Untersuchungen, Heilbehandlungen, ärztliche Eingriffe und Pflegehandlungen, einschließlich einer Sterbebegleitung treffen. Er kann von den behandelnden Ärzten, der Klinik etc. alle nötigen Auskünfte und Informationen verlangen, Krankenunterlagen einsehen und auch deren Herausgabe an Dritte bewilligen; ich entbinde die Betroffenen hierzu von der Schweigepflicht.

... Ich wünsche, daß mein Bevollmächtigter/ Betreuer/ Arzt meines Vertrauens/ Hausarzt umgehend verständigt und zu meinen Wünschen gehört wird.

... Ich entbinde meine Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Lebenspartner/ Kindern/ Eltern/ Bevollmächtigten/ Betreuer.

... Ich entbinde meinen Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Lebenspartnern/ Kindern/ Eltern/.Betreuer nur dann, wenn ich mich selbst nicht mehr äußern kann.

... Vor einer Zustimmung zu medizinischen Eingriffen sollen alle Maßnahmen und Eventualitäten zwischen _____ und den Ärzten intensiv erörtert werden.

... Ich verfüge, daß mein Bevollmächtigter/ Betreuer/ Vertrauensperson (_____) auf Wunsch jederzeit Zugang zu mir hat.

... Wenn zwei Ärzte feststellen, daß ich mich unumkehrbar im Sterbeprozess oder in einem dauerhaften Koma, Wachkoma oder in einem ähnlichen Zustand infolge schwerer Gehirnschädigung, auch schwerer Demenz, befinde, selbst wenn der Tod nicht absehbar ist, und keine Aussicht mehr auf ein erträgliches und selbstbestimmtes Leben für mich besteht, sollen alle lebensverlängernden Maßnahmen, insbesondere die folgenden intensiv-medizinischen Maßnahmen unterbleiben.

- Wiederbelebung
- Künstliche Ernährung durch jede Art von Sonde (Nasensonde oder Sonde, die durch die Bauchdecke geführt wird)
- künstliche Flüssigkeitszufuhr von mehr als einem halben bis maximal einem Liter am Tag, außer Mundpflege gegen Durst und Mundtrockenheit
- künstliche Beatmung
- Anschluß an eine künstliche Niere (Dialyse)
- Transfusion von Blut/ Bestandteilen
- Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen
- Operationen

Da ich eine Lebensverlängerung unter den oben genannten Bedingungen nur als Leidensverlängerung und unnatürliche Hinauszögerung des Sterbevorgangs empfinde könnte, will ich sie nicht. Mein Bevollmächtigter/ Betreuer/ Vertrauens-

person soll alle rechtlichen Mittel gegenüber Ärzten in Anspruch nehmen, damit die vorgenannten lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.

... Wenn ich mich im Zustand einer unumkehrbaren Bewußtlosigkeit befinde sowie keine Aussicht auf Besserung mehr besteht und ich nie mehr ein selbstbestimmtes Leben werde führen können, verfüge ich, daß eine intensivmedizinische Behandlung, Beatmung; Sondenernährung und vergleichbare lebensverlängernde Maßnahmen nach ____ Monaten abgebrochen werden, Mein Bevollmächtigter/ Betreuer/ Vertrauensperson soll alle rechtlichen Mittel gegenüber Ärzten in Anspruch nehmen, damit die vorgenannten lebensverlängernden Maßnahmen abgebrochen werden.

... Wenn absehbar ist, daß mein Leben zu Ende geht, so möchte ich mich persönlich von meinen Angehörigen und Freunden verabschieden. Deshalb bitte ich um Benachrichtigung von diesen.

... Ich möchte meine letzten Stunden zu Hause im Kreise meiner Familie verbringen. Ich will die auch dann, wenn hierdurch mein Tod schneller Eintreten sollte.

. Freiheitsentziehende Maßnahmen

... Ich verweigere grundsätzlich eine Fesselung meiner Beine und Hände. Fäustlinge oder Overalls stimme ich zur Sicherung von Infusionsschläuchen zu.

... Der Bevollmächtigte/ Betreuer hat für die Beendigung der Maßnahmen zu sorgen, sobald die Voraussetzungen hierzu entfallen sind.

... Regelungen zum Gebrauch der Vorsorgevollmacht

... Diese Vollmacht soll auch eine rechtliche Betreuung ersetzen. Eine Betreuung, die in Unkenntnis dieser Vollmacht zu meiner Vertretung eingerichtet worden ist, soll aufgehoben werden. Sollte die Vollmacht zu meiner Vertretung nicht ausreichen oder eine rechtliche Betreuung aus anderen Gründen erforderlich werden, so wünsche ich den Bevollmächtigten als meinen rechtlichen Betreuer. Er soll auch als rechtlicher Betreuer an die Aussagen dieser Vollmacht gebunden sein.

... Die Vorsorgevollmacht und die in ihr enthaltene Betreuungsverfügung sollen beim zuständigen Vormundschaftsgericht hinterlegt werden sowie bei allen weiteren amtlichen Stellen, die hierfür künftig geschaffen werden.

... Die Vollmacht gilt nur so lange, bis das Vormundschaftsgericht über die Einrichtung einer Betreuung entschieden hat.

... Die Betreuungsverfügung soll dem zuständigen Vormundschaftsgericht zugeleitet werden.

... Grundsätze und Zielvorgaben in dieser Vorsorgevollmacht sollen gleichermaßen für die rechtliche Betreuung gelten.

... Sollte ein Betreuer durch das Vormundschaftsgericht bestellt werden, so gelten alle in meiner Vollmacht getroffenen Anweisungen auch für den Betreuer. Ich wünsche, dass hierzu bestimmt wird:

_____ (Name, Vorname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße)

_____ (PLZ, Wohnort)

... Sollte die von mir benannte Person die Betreuung nicht durchführen können, so soll an ihre Stelle :

_____ (Name, Vorname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße)

_____ (PLZ, Wohnort)

als mein rechtlicher Betreuer eingesetzt werden.

Auf keinen Fall wünsche ich, daß folgende Person zu meinem Betreuer bestellt wird:

_____ (Name, Vorname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße)

_____ (PLZ, Wohnort)

Die in meiner Patientenverfügung vom _____ (Datum) geäußerten Wünsche sind von meinem Betreuer zu befolgen. Insbesondere soll er auch Wünsche gegenüber Ärzten und Pflegepersonal, ggf. auch mit rechtlichen Mitteln, durchsetzen.

... Die Betreuungsverfügung ist beim Amtsgericht in _____ (Ort), _____ (Straße) hinterlegt, / soll im Bedarfsfall dem zuständigen Vormundschaftsgericht zugeleitet werden.

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift)

Ich (Betreuer/ Betreuungsverein) bin einverstanden, ggf. die Betreuung für:

_____ zu übernehmen

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift)

Nach erneuter Prüfung möchte ich diese Betreuungsverfügung nicht ändern. Alle übrigen Regelungen der Betreuungsverfügung entsprechen nach wie vor meinem Willen.

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift)