



Persönliche Daten • Angehörige, die im Notfall zu benachrichtigen sind • Wohnungseigentum • Schlüsselerhaltung • Ärztliche Behandlungen • Medikamentennachweis • Kranken- und Pflegekasse • Apotheke • Impfungen • Organspende • Allergien • Altersvermerk • **VORSORGE** • Vollmacht • Patientenverfügung • Betreuungsverfügung • Benachrichtigungen



Stadt seniorenrat Biberach e.V.

## Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

jeden von uns kann es treffen: ein schwerer Unfall, eine plötzliche Krankheit, Tod, altersbedingte Einschränkungen....

Angehörige oder Hilfsdienste haben oft große Probleme, sich in solchen Fällen den notwendigen Überblick über die Lebenssituation, das Umfeld und die Verpflichtungen des Betroffenen zu verschaffen, um seine Angelegenheiten korrekt regeln und in seinem Sinne handeln zu können. Das betrifft insbesondere allein lebende Menschen, deren Angehörige oft weit entfernt wohnen.

In die vorliegende Vorsorgemappe können Sie rechtzeitig und in Ruhe wichtige Informationen eintragen und mit Ihren Angehörigen, Nachbarn und Freunden besprechen. Richtig vorgesorgt haben Sie, wenn Sie zusätzlich eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung beifügen und eine absolut vertrauenswürdige Person als Bevollmächtigte benannt haben.

**Wichtig: Informieren Sie Ihre Angehörigen und / oder Vertrauenspersonen, wo Sie die Vorsorgemappe aufbewahren.**

Die Vorsorgemappe wurde vom Stadt seniorenrat Biberach unter Mitarbeit vom Arbeitskreis "Vorsorge treffen" ehrenamtlich erarbeitet. Sie kann auch aus dem Internet unter [www.stadt seniorenrat-bc.de](http://www.stadt seniorenrat-bc.de) heruntergeladen werden. Die kreisweite Verteilung (Gebühr 1,00 € pro Ex.) übernimmt der Kreissenatorenrat Biberach über die Rathäuser.

Wir danken der Kreissparkasse Biberach für die großzügige finanzielle Unterstützung, Herrn Franz Josef Mock für die Überlassung des Fotos und dem Team Rogger für die Gestaltung des Titelblatts.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Kreissenatorenrat Biberach und Ihr Stadt seniorenrat Biberach e.V.

Gefördert durch:

 **Stiftung BC – gemeinsam  
für eine bessere Zukunft**

Kreissparkasse Biberach

## Inhaltsübersicht:

	Seite
Persönliche Daten, Hausschlüssel, Wohnung .....	4
Angehörige .....	5
Ärzte, Krankenkasse .....	6
Apotheke, Medikamente, Impfungen, Organspende.....	7
Ärztliche Behandlungen, Allergien, Behinderungsstufe, Pflegestufe .....	8
Altersversorgung .....	9
Versicherungen, Bausparverträge .....	10
Vorsorgevollmachten und -verfügungen .....	11
Nachlassregelungen .....	12
Bestattungswünsche .....	13
Benachrichtigungen im Todesfall .....	14-15

## Anhang

Vorsorgende Verfügungen - Erläuterung .....	S. 1-2
Musterformulare: Vollmachten .....	S. 1-4
Betreuungsverfügung	
Patientenverfügung .....	S. 1-7

## Impressum

Herausgeber: Stadtseniorenrat Biberach e.V.  
1. Vorsitzende: Marlene Goeth, Oberer Bühl 6, 88400 Biberach  
Tel. 07351-16 87 09; E-Mail: Marlene.Goeth@gmx.de

Redaktion: Stadtseniorenrat Biberach e.V.  
Arbeitskreis "Vorsorge treffen"

Ausgabe 2013

### **Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Pass-/Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Derzeit gesprochene Sprache: \_\_\_\_\_

### **Schlüsselverwahrung:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hausschlüssel       Wohnungsschlüssel       \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Wohnungseigentümer:**

Ich wohne in meiner eigenen Wohnung / meinem eigenen Haus

Ich wohne in einer Mietwohnung. Kontaktdaten des Vermieters:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Angehörige, die im Notfall zu benachrichtigen sind:**

Ehe-/Lebenspartner

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ärzte:**

Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Weitere Ärzte /Fachärzte:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Kranken- und Pflegekasse:**

gesetzlich       privat

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Karten- und Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin von Zuzahlungen befreit:    ja       nein

**Aufbewahrungsort meiner Krankenversicherungskarte:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Meine Apotheke:**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin von Rezeptzahlung befreit:     ja             nein             privat

**Lebenswichtige Medikamente:**

Stand (Datum): \_\_\_\_\_ (Blutgerinnungshemmende Mittel, z. B. Marcumar  
oder ähnliches bitte mit Kreuz kennzeichnen)

Name des Medikaments:

Dosierung:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Impfungen:**

Impfbuch vorhanden:     ja             nein

**Aufbewahrungsort meines Impfbuchs:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Organspende:**

Organspende-Ausweis vorhanden:     ja             nein

**Aufbewahrungsort meines Organspende-Ausweises:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ärztliche Behandlungen,**

die für den Notfall wichtig sein könnten (Evtl. vom Arzt ausfüllen lassen)

Datum (Jahr)	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Grund der Behandlung (Diagnose)

**Allergien:**

Allergiepass vorhanden:  ja  nein

**Aufbewahrungsort meines Allergiepasses:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bekannte Allergien, insbes. auch gegen Inhaltsstoffe von Medikamenten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Behinderungsstufe:**

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen: \_\_\_\_\_ Wertmarke:  ja  nein

**Pflegestufe:**

eins  zwei  drei  Demenz



**Altersversorgung:**

Deutsche Rentenversicherung

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. / Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Beamtenversorgung - Bund / Land

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. /Pers.-Nr. /Beihilfe-Nr.: \_\_\_\_\_

Private Renten- und Betriebsrentenansprüche (z. B. Riester u.a.)

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

**Aufbewahrungsort meiner Rentenunterlagen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Versicherungen:**

Ich habe folgende Versicherungen abgeschlossen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auslandskrankenversicherung   | <input type="checkbox"/> Private (Zusatz-)Pflegeversicherung  |
| <input type="checkbox"/> Feuer- / Gebäudeversicherung  | <input type="checkbox"/> Private (Zusatz-)Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Glasversicherung              | <input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung        |
| <input type="checkbox"/> Hausratversicherung           | <input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung               |
| <input type="checkbox"/> KFZ-Versicherung              | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung                   |
| <input type="checkbox"/> KFZ-Versicherung (Zweitwagen) |   |
| <input type="checkbox"/> Lebensversicherung (1)        |   |
| <input type="checkbox"/> Lebensversicherung (2)        |   |
| <input type="checkbox"/> Lebensversicherung (3)        |   |

Sonstige Versicherungen:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ich habe einen Bausparvertrag abgeschlossen

**Aufbewahrungsort meiner Versicherungs- und Bausparunterlagen:**

---

---

**Aufbewahrungsort meiner Bank- und Steuerunterlagen:**

---

---

**Vorsorge:**

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht wurde erteilt:  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Vorsorgevollmacht ist im Anhang beigefügt

Bankvollmacht

Eine Bankvollmacht wurde erteilt:  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Bankvollmacht ist im Anhang beigefügt

Postvollmacht

Eine Postvollmacht wurde erteilt:  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Postvollmacht ist im Anhang beigefügt

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung ausgefüllt:  ja  nein

Die Patientenverfügung ist im Anhang beigefügt

Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung wurde erteilt:  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Betreuungsverfügung ist im Anhang beigefügt

## **Nachlassregelungen:**

### Handschriftliches Testament

Ich habe meinen letzten Willen handschriftlich abgefasst:  ja  nein

Kenntnis vom Bestehen des Testaments hat:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hinterlegungsort: \_\_\_\_\_

### Notarielles Testament

Ich habe meinen letzten Willen notariell beurkunden lassen:  ja  nein

Name und Adresse des Notars: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Erbvertrag

Ich habe einen Erbvertrag abgeschlossen:  ja  nein

Name und Adresse des Notars: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Bestattungsvorgaben und -wünsche:**

### Bestattungsvertrag

Ich habe einen Bestattungsvertrag abgeschlossen:  ja  nein

### Bestattungsinstitut

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Art der Bestattung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erdbestattung   | <input type="checkbox"/> anonyme Bestattung            |
| <input type="checkbox"/> Seebestattung   | <input type="checkbox"/> Bestattung in einem Friedwald |
| <input type="checkbox"/> Feuerbestattung | <input type="checkbox"/> _____                         |

### Bestattungsort / Friedhof

- Eine Grabstätte ist bereits vorhanden; Friedhof in \_\_\_\_\_
- Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof \_\_\_\_\_
- Ich wünsche eine stille Bestattung nur im Kreis meiner Angehörigen
- Ich wünsche eine Bestattung im Kreis meiner Angehörigen und Freunde
- Ich wünsche eine normal übliche Bestattung ohne Ausnahmen

### Besondere Wünsche

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Benachrichtigungen:**

Im Todesfall zu benachrichtigende Angehörige / Verwandte / Freunde:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Vorsorgemappe - Hilfe für den Notfall

---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

# **Vorsorgende Verfügungen**

## **Musterformulare**



## Vorsorgende Verfügungen - Erläuterung

### Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung

Jeder von uns kann durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, dass er wichtige Angelegenheiten seines Lebens nicht mehr selbstverantwortlich regeln kann, z.B.: Wie werde ich ärztlich versorgt? Wer entscheidet bei Operationen und medizinischen Maßnahmen? Wer organisiert für mich nötige ambulante Hilfen? Wer sucht für mich einen Platz in einem Pflegeheim? Wer erledigt meine Bankgeschäfte? Natürlich werden Ihre Angehörigen Ihnen – hoffentlich – im Ernstfall beistehen.

Wenn aber rechtsverbindliche Erklärungen oder Entscheidungen gefordert sind, dürfen Ehegatte oder Kinder Sie nicht automatisch gesetzlich vertreten.

Möchten Sie Vorsorge treffen und diesen Personen auf Vorrat eine Vertretungsmacht einräumen, müssen Sie eine entsprechende Vollmacht (meist General- und Vorsorgevollmacht) erteilen. Können Sie aufgrund einer Krankheit oder Behinderung als Volljähriger ihre Angelegenheiten nämlich nicht mehr selbst entscheiden und haben Sie keine Vollmacht erteilt, wird - soweit es erforderlich ist - vom Gericht ein Betreuer bestellt. Dies ist auch dann der Fall soweit die erteilte(n) Vollmacht(en) nicht ausreichen sollte(n), um die erforderlichen Angelegenheiten zu regeln.

*Hier einige Erläuterungen zu den beiliegenden Musterformularen:*

#### 1. Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Soweit die Vollmacht die Ermächtigung zur Entscheidung über lebensbedrohliche Behandlungen oder freiheitsentziehende Maßnahmen enthält – was regelmäßig zweckmäßig ist – muss sie schriftlich erteilt werden.

Sie benennen eine oder mehrere Personen *Ihres Vertrauens* als Bevollmächtigte, die bereit sind, für Sie *im Bedarfsfall* zu handeln. Damit Ihre Vorsorgevollmacht von amtlichen Stellen, Behörden und Banken akzeptiert wird und Sie auch über Risiken, Möglichkeiten der Abfassung und die Wirkung der Vollmacht informiert sind, empfehlen wir die *notarielle Beurkundung der Vollmacht*.

Alternativ kann – ohne inhaltliche Prüfung der Vollmacht – auch lediglich die Echtheit ihrer Unterschrift durch eine entsprechende Beglaubigung nachgewiesen werden. Diese wird vorgenommen vom Notar oder Ratsschreiber oder bei reinen Vorsorgevollmachten durch die Betreuungsbehörde.

#### 2. Betreuungsverfügung

Wenn Sie *keine* Vollmacht erteilt haben, kann die Bestellung eines gesetzlichen Vertreters („Betreuers“) für Sie notwendig werden. Hierfür ist das Betreuungsgericht, im Landkreis Biberach das Notariat, zuständig. Es hat Wünsche, die Sie zuvor festgelegt haben, zu berücksichtigen. Dies geschieht zweckmäßig, falls Sie sich nicht mehr äußern können, in einer schriftlichen Verfügung für den Betreuungsfall, der „Betreuungsverfügung“. Sie können darin bestimmen, wer Ihr Betreuer werden soll. Sie können aber auch festlegen, wer keinesfalls als Betreuer in Betracht gezogen werden soll. Ein bestellter gesetzlicher Betreuer, evtl. auch eine Ihnen fremde Person, steht unter Aufsicht des Betreuungsgerichts und muss Rechenschaft über finanzielle und andere Entscheidungen ablegen.

### **3. Patientenverfügung**

Seit 1. 9. 2009 hat die Patientenverfügung – wie bisher schon die Betreuungsverfügung und die Vorsorgevollmacht – eine gesetzliche Grundlage. In ihr können Sie schriftlich festlegen, was medizinisch unternommen werden oder unterbleiben soll, wenn Sie entscheidungsunfähig sind.

Die Patientenverfügung ist verbindlich, wenn der Wille des Patienten eindeutig und sicher festgestellt ist. In der Patientenverfügung sollten Sie auch die eigenen Lebens- und Wertvorstellungen beschreiben. Es empfiehlt sich, ausreichende Informationen einzuholen und sich mit Angehörigen und dem Hausarzt zu besprechen.

Die Patientenverfügung sollte dem Bevollmächtigten bzw. Betreuer vorliegen, weil er sie im Ernstfall den Ärzten übergeben wird.

Mitglieder des Arbeitskreises „Vorsorge treffen“ geben Auskunft in Sprechstunden in verschiedenen Rathäusern im Landkreis Biberach sowie in der VHS Biberach.

Hilfreich ist es, eine kleine Informationskarte mit sich zu führen, die darüber Auskunft gibt, welche vorsorgende Verfügung Sie besitzen und wer Zugang zu den Originalen hat.

#### **Informationen bei:**

##### **Bundesministerium der Justiz:**

Internet: [www.bmj.de](http://www.bmj.de)

##### Musterformulare:

Internet: [http://www.bmj.de/DE/Buerger/gesellschaft/Patientenverfuegung/\\_doc/\\_doc.html](http://www.bmj.de/DE/Buerger/gesellschaft/Patientenverfuegung/_doc/_doc.html)

##### **Betreuungsbehörde beim Landratsamt Biberach, Rollinstr. 8 88400 Biberach.**

Tel: 0 73 51/ 52-6450 o. 52-7225

Email: [versorgungsamt@biberach.de](mailto:versorgungsamt@biberach.de)

Internet: <http://www.biberach.de/betreuungsbehoerde.html>

##### **Betreuungsverein Landkreis Biberach e.V., Sennhofgasse 7 88400 Biberach.**

Tel: 07351-17869

Email: [info@betreuungsverein-bc.de](mailto:info@betreuungsverein-bc.de)

Internet: [www.betreuungsverein-bc.de](http://www.betreuungsverein-bc.de)

##### **Notariate im Landkreis Biberach:**

Internet: [www.biberach.de/einrichtungen\\_notariate.html](http://www.biberach.de/einrichtungen_notariate.html)

**V O L L M A C H T**

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax

**erteile hiermit Vollmacht an**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_  
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.

**1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit**

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge 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 zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).  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
  
- \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_

**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
  
- \_\_\_\_\_

**3. Behörden**

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

#### 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

■

---

- 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

**7. Untervollmacht**

■ Sie darf 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. Geltung über den Tod hinaus**

■ Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

JA  NEIN

**10. Weitere Regelungen**

■

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

# BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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, E-Mail

## ■ 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, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

1.

3.

2.

4.

Ort, Datum

Unterschrift

# Patientenverfügung

---

(Name, Vorname)

---

(Geburtsdatum)

---

(Adresse, Telefon, Fax)

**Ich bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann Folgendes:**

## 1. Situationen, für die diese Patientenverfügung gelten soll

### Wenn ich...

... mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. **0 Ja 0 Nein**

... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. **0 Ja 0 Nein**

... in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist (**Siehe Fußnote 1**). **0 Ja 0 Nein**

... in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen (**2**). **0 Ja 0 Nein**

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

---



## 2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich...

### 2.1. Behandlungsmaßnahmen

- 0 ... dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- 0 ... auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

**oder**

- 0 ... dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Mein Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

### 2.2 Fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung (3):

- 0 ... eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung...
- 0 ... wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**oder**

0 \_\_\_\_\_

---

### 2.3 Künstliche Ernährung:

- 0 ... dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

**oder**

- 0 ... dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

### 2.4 Künstliche Flüssigkeitszufuhr (4):

- 0 ... eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

**oder**

- 0 ... keine Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung) nach ärztlichem Ermessen (5).

## 2.5 Wiederbelebung (6):

### 2.5.1 In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich:

... in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

**oder**

... die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

### 2.5.2 Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens:

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

**oder**

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen unerwartet eintreten.

## 2.6 Künstliche Beatmung:

... eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

... dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

## 2.7 Dialyse:

... eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

... dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

## 2.8 Antibiotika:

... Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

... Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

## 2.9 Blut/Blutbestandteile:

...die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann

**oder**

...die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine strafbare Tötung auf Verlangen.

### 3. Wünsche zu Ort und Begleitung:

#### Ich möchte ...

- ... zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- ... wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- ... wenn möglich in einem Hospiz sterben.
- \_\_\_\_\_

#### Ich möchte ...

- ... Beistand durch folgende Personen:  
\_\_\_\_\_
- ...Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche od. Weltanschauungsgemeinschaft:  
\_\_\_\_\_
- ... hospizlichen Beistand.

### 4. Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung:

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen
- \_\_\_\_\_

### 5. Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach Feststellung des Hirntodes zu Transplantationszwecken zu (**7**). Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

**oder**

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

**oder**

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

### 6. Obduktion

Ich stimme der Durchführung einer freiwilligen Obduktion zu

**oder**

Ich lehne sie ab

## 7. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein Vertreter – z. B. Bevollmächtigter/Betreuer – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Mir ist bewusst, dass ich mich regelmäßig mit meiner Patientenverfügung beschäftigen sollte. Ich selbst trage dafür Sorge, dass ich die vorliegende Patientenverfügung bei einer Meinungsänderung anpasse.

Solange ich die Patientenverfügung nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Anwendungssituation nicht eine Änderung meines Willens unterstellt werden.

Mit meinem Stellvertreter (Bevollmächtigte/r, Betreuer) habe ich über meine Behandlungswünsche gesprochen.

In Situationen, in denen mein Verhalten Anlass zu Zweifeln am Weitergelten meiner Patientenverfügung gibt, sollen möglichst alle an meiner Versorgung Beteiligten die Möglichkeit zur Äußerung ihrer Einschätzung haben.

Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche / pflegerische Maßnahmen liegt weiterhin bei meinem Stellvertreter. Somit verstehen sich die folgenden Optionen als Hinweise für meinen Stellvertreter.

In diesen Zweifelssituationen bei einem Abweichen meines Verhaltens durch Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen von meiner zuvor geäußerten Patientenverfügung wünsche ich folgende Vorgehensweise:

meine Patientenverfügung ist mir als Ausdruck meiner Wünsche und Werte wichtig und soll weiterhin respektiert werden.

**oder**

mein Verhalten soll von meinem Stellvertreter als Widerruf in dieser konkreten Situation gewertet werden, weil ich ein Risiko der vorherigen Fehleinschätzung ausschließen möchte.

**oder**

mein Stellvertreter soll eine meinen Überzeugungen entsprechende Interpretation meines Verhaltens vornehmen und sich dabei ggf. mit einer von mir zu diesem Zwecke benannten Vertrauensperson \_\_\_\_\_ beraten.

Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meinem Stellvertreter.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang.

---

Ort, Datum, Unterschrift

### 8. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen:

**Ich habe** zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

**Ich habe** eine **Betreuungsverfügung** zur Auswahl des Betreuers erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem von mir gewünschten Betreuer besprochen.

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

### 9. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und/oder beraten lassen durch:

---

### 10. Ärztliche Aufklärung / Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am: \_\_\_\_\_ bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

---

Datum/Unterschrift, Stempel des Arztes

Die Geschäftsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden.

### 11. Aktualisierung/en:

---

Ort Datum Unterschrift

---

Ort Datum Unterschrift

---

Ort Datum Unterschrift

---

Ort Datum Unterschrift

## 12. Fußnoten mit Erläuterungen zur Patientenverfügung

**1** Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In äußerst seltenen Fällen können sich auch bei so genannten Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich. Nach einer europäischen Expertengruppe wird ein Wachkoma nach bestimmten Untersuchungen und einer bestimmten Zeitdauer ohne Veränderungen als Chronisches apallisches Syndrom oder persistierender vegetativer Zustand (PVZ) bezeichnet und als klinisches Stadium der kompletten Bewusstlosigkeit der Person und deren Umgebung mit Schlaf-Wach-Zyklen und kompletter oder teilweiser Erhaltung autonomer Funktionen im Hypothalamus und Hirnstamm. Nach der Expertengruppe bestehen in diesem Zustand keine Anhaltspunkte für Sprachverständnis und Ausdruck.

**2** Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

**3** Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann. Als Therapien am Lebensende erfolgen palliativmedizinische Maßnahmen in der letzten Phase des Lebens mit dem Ziel, Leben zu verlängern oder jedenfalls Leiden zu mildern.

Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist.

**4** Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl und werden daher auch nicht „verhungern“; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patienten.

**5** Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

**6** Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

**7** Vgl. § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes