ZENTRALSTELLE
PATIENTEN
VERFÜGUNG

HVD
Humanistischer Verband
Deutschlands

STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG

FRAGEBOGEN UND MEHR

gemäß juristischem Standard

ANLEITUNG ZUR NUTZUNG

Ausfertigen lassen zur individuell erweiterten STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG

- ***Ausfüllen***
- ***Abschicken***
- ***Ausfertigen lassen***

Lesen Sie die Texte der Teile **A** *und* **B** *gut durch. Diese stellen die Kernaussagen einer Standard-Patientenverfügung (SPV) dar.*

Individuelle Zusatzangaben können Sie davor (Ihre jetzige Situation betreffend) sowie ausführlich im Teil **C** *machen.*

Im Teil **D** *finden Sie alles zur Auftragserteilung.*

Ihre Option dort für oder gegen eine Organspende (unter »Zu guter Letzt«) wird in der von uns ausgefertigten SPV mit aufgenommen.

Senden Sie die vier Seiten mit dem gestreiften Rand zurück ***an die Adresse*** *des Humanistischen Verbandes,* ***die in Teil*** **D** ***aufgeführt ist.***

Unsere Mitarbeiter_innen prüfen Ihre Angaben und stehen für Beratung oder Hilfe beim Ausfüllen zur Verfügung – ***gern auch telefonisch.***

Es wird aus Ihren Angaben eine ***unterschriftsreife STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG*** *erstellt und Ihnen in zweifacher Ausfertigung per Post zugesandt (siehe Abb. Vorder- und Rückseite). Zusätzlich erhalten Sie Vollmachten, in die wir die Namen und Kontaktdaten Ihrer Vertrauenspersonen eindrucken, wenn Sie uns diese mitgeteilt haben.*

Dafür erbitten wir zur Deckung unserer Kosten eine Gebühr von ***60 €.***

Ein ermäßigter Betrag ist möglich, ein freiwillig geleisteter ***höherer Betrag in Form einer Spende ist willkommen.*** *Die Gebühr ist erst nach Erhalt der fertigen Dokumente zu entrichten.*

Selbstbestimmt und unabhängig

Die Arbeit der Zentralstelle Patientenverfügung (ZPV) in Berlin ist nicht gewinnorientiert. Sie finanziert sich ausschließlich über Spenden, Mitgliedsbeiträge und Gebühren für die Erstellung von Patientenverfügungen.

- *Wir setzen uns seit über 30 Jahren aktiv dafür ein, dass Selbstbestimmung am Lebensende gestärkt wird.*
- *Wir haben im Bundesjustizministerium am bestehenden »Patientenverfügungsgesetz« beratend mitgewirkt.*
- *Wir tragen durch Öffentlichkeitsarbeit zum humanen Sterben bei.*

Träger der ZPV ist der Humanistische Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg KdöR, der dem Gemeinwohl verpflichtet ist. Wir arbeiten eng mit anderen Einrichtungen und Geschäftsstellen des Humanistischen Verbandes zusammen. Von einer in Ihrem Bundesland haben Sie vielleicht diese Unterlagen erhalten.

ZENTRALSTELLE PATIENTEN VERFÜGUNG

HVD
Humanistischer Verband Deutschlands

FRAGEBOGEN FÜR EINE

STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG

Dieser FRAGEBOGEN ist nicht die fertige Patientenverfügung!

Überreicht durch / Datum

Verfügende/r mit Vor- und Zunamen *Geburtsdatum*

Adresse *Telefon*

*Wenn in meiner **jetzigen (!) Situation** plötzlich ein **Notfall** (z. B. durch Unfall oder Herzinfarkt) einträte,*

a) *sollen dann **intensivmedizinische Maßnahmen** durchgeführt und ausgeschöpft werden?*

☐ Ja, solange realistische Aussichten bestehen, dass ich ein lebenswertes, umweltbezogenes Leben wiedererlangen kann, bin ich mit intensivmedizinischen Maßnahmen einverstanden.

☐ Nein, bereits jetzt sind intensivmedizinische Maßnahmen von mir prinzipiell nicht mehr erwünscht (aufgrund hohen Alters, schwerer Erkrankung o. ä.).

☐ Keine Angabe / unentschieden

b) *sollen dann **Versuche zur Wiederbelebung** (Reanimation) durchgeführt werden?*

☐ Versuche zur Wiederbelebung wünsche bzw. akzeptiere ich prinzipiell nur unter der Bedingung, dass sie innerhalb von kurzer Zeit (ca. fünf Minuten) nach dem Herz-/Kreislauf-Stillstand einsetzen.

☐ Versuche zur Wiederbelebung lehne ich in jedem Fall heute schon ab.

☐ Keine Angabe / unentschieden

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bestimme ich:

A Situationen, in denen meine Patientenverfügung gelten soll

Die folgenden exemplarischen »Standard«-Situationen gelten als »aussichtslos« im Sinn von Heilung oder auch nur Besserung der Grunderkrankung. Sie können gleichwohl nicht als »sinn-, hoffnungs- oder wertlos« angesehen werden. Es bleiben am Lebensende meist palliative (lindernde) und fürsorgende Maßnahmen.

In diesem Sinne wünsche ich pflegerische Basisversorgung sowie Schmerz- und Beschwerdelinderung. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass ich eine notwendige medizinische Entscheidung nicht selbst treffen kann, d. h. nicht (mehr) willensfähig bin.

- Wenn ich mich unabwendbar im **Sterbeprozess** befinde bzw. im **Endstadium** einer zum Tode führenden Erkrankung

  ☐ auch dann, wenn bei **schwerem, unheilbarem Leiden** der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar wäre.

- Wenn ich in Folge einer **schweren Gehirnschädigung**[1] mein Bewusstsein verloren habe und dies – aller Wahrscheinlichkeit nach – unwiederbringlich ist (»Dauerkoma«)

  ☐ auch dann, wenn **absehbar keine wesentliche Besserung** dahingehend erfolgt, dass ich wieder **Einsichten gewinnen** und **mit anderen Menschen in Kontakt treten** kann.
  (Möglichkeit einer zeitlichen Beschränkung siehe Teil C, Punkt 6)

- Wenn ich aufgrund eines **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses**[2] (einer Demenz z.B. nach Alzheimer-Typus) trotz Hilfestellung Nahrung nicht mehr auf natürliche Weise zu mir nehmen kann

  ☐ auch dann, wenn ein noch nicht so weit fortgeschrittenes Stadium einer Demenz vorliegt, aber eine **organisch bedingte Lebensbedrohung** hinzutritt (z. B. Nierenversagen), die nur durch intensivmedizinische bzw. belastende Maßnahmen (z. B. Dialyse) abwendbar wäre.

Zu den hochgestellten Ziffern siehe »Medizinische Erklärungen«.

B Medizinische Festlegungen für die unter A genannten Situationen

1. Unverzichtbare Basisversorgung

Ich wünsche und erwarte angemessene Zuwendung und Körperpflege. Eine fachgerechte, d. h. palliativmedizinische **Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen** wie Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe setze ich dabei voraus.

2. Ablehnung von intensivmedizinischen Maßnahmen

In den unter A genannten Situationen sollen **keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr erfolgen.** Insbesondere damit einhergehende Belastungen möchte ich mir ersparen. Ein **Sterben** wird dann von mir gewünscht bzw. in Kauf genommen. Das bedeutet bei **Einwilligungsunfähigkeit** im Einzelnen:

- **Keine lebenserhaltenden Eingriffe und Maßnahmen** wie z. B. Dialyse, keine Eingriffe wie z.B. Organoperation oder Amputation mehr.
- **Keine künstliche Beatmung** mehr bzw. eine schon eingeleitete soll eingestellt werden. Ich setze dabei voraus, dass ich Medikamente zur hinreichenden Linderung von Atemnot erhalte.
- **Dann keine Versuche zur Wiederbelebung mehr.**

☐ Ein **Notarzt** soll in den unter A genannten Situationen bei Herz-/Kreislauf-Stillstand (in heimischer Umgebung) nicht mehr gerufen werden.

3. Verzicht auf künstliche Ernährung[3]

Das **Stillen von Hunger- und Durstempfinden** gehört unverzichtbar zu jeder lindernden Therapie. Es soll so lange wie möglich **auf natürliche Weise erfolgen,** ggf. mit Hilfe (Handreichung) bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Unter den in A genannten »aussichtslosen« Situationen* wünsche ich **keine künstliche Ernährung[3]** mehr, unabhängig von der Form (Magensonde durch Bauchdecke [»PEG«] oder durch die Nase), ebenso keine Kalorienzufuhr durch venöse Zugänge. Auf palliativmedizinische Mundpflege und -befeuchtung[3] ist besonderer Wert zu legen.

☐ Ich verzichte dann auch auf **künstliche Flüssigkeitzufuhr[3]**, außer sie ist – in vermindertem bzw. angemessenem Maße – palliativmedizinisch erforderlich, z.B. zur Gabe von Medikamenten. Prinzipiell wünsche ich dann nur noch Flüssigkeit, die ich auf natürlichem Wege über den Mund aufnehmen kann.

4. Mögliche Nebenwirkungen bei Schmerz- und Beschwerdelinderung[4]

Wenn **am Lebensende** Schmerzen, Atemnot und sonstige quälende Beschwerden anders nicht hinreichend zu lindern sind, stimme ich auch solchen Medikamenten zu, die mich sehr müde machen und zu Benommenheit führen können.

☐ Dann wünsche ich auch **bewusstseinsdämpfende Medikamente** zur Sedierung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer Lebensverkürzung als ärztlich nicht beabsichtigte Nebenwirkung[4] nehme ich in Kauf.

5. Antibiotika und andere Medikamente

Auch bei dieser Frage geht es ausschließlich um die unter A genannten Situationen.

Wählen Sie höchstens zwei Alternativen, nicht alle drei, damit eine Tendenz erkennbar ist.

☐ Auch auf solche Medikamente **verzichte** ich dann. Ich will dann keine Stabilisierung oder mögliche Lebensverlängerung mehr.

☐ Ich wünsche bzw. erlaube sie nur zur **Linderung** von Beschwerden.

☐ Darüber soll/en später mein/e Bevollmächtigten entscheiden bzw. eine Abwägung treffen.

Sinnvoll ist, der fertigen Patientenverfügung ein Zusatzblatt beizufügen mit Vorstellungen zu einem für Sie (noch) lebenswerten Leben, Hoffnung auf Besserung, zu akzeptablen körperlichen und geistigen Einschränkungen mit Schilderung bestehender Beschwerden, Benennung zu benachrichtigender Personen u. ä. Ein solches Zusatzblatt »Was mir wichtig ist« senden wir Ihnen mit den erstellten Dokumenten zu.

Für Rückfragen, die sich beim Ausfüllen dieses Ankreuzformulares ergeben, erreichen Sie uns Mo., Di., Do. von 10–17 Uhr, Fr. von 10–14 Uhr unter 030 613904-12 oder -32.

C Mögliche Zusatzangaben und Wünsche

Im Folgenden können Sie Ihre Angaben basierend auf Ihren persönlichen Wertvorstellungen und Wünschen zum Lebensende weiter konkretisieren. Allerdings bleiben hier immer Schwierigkeiten bei der zeitlichen Bestimmung und sonstige Unwägbarkeiten. So kann eine Einschränkung von Versuchen zur Wiederbelebung nicht verbindlich vorausbestimmt werden. Ebensowenig kann ein gewünschter Sterbeort garantiert werden. Auch ein hier gewünschter Behandlungsverzicht im Pflegefall ist zu unpräzise, um später mehr als ein (allerdings wichtiges) Indiz für ein Sterben-Lassen zu gelten.

6. Weitere Situation von Willensunfähigkeit, in denen die medizinischen Festlegungen aus Teil B gelten sollen:

Lassen Sie sich zu der folgenden Frage am besten ärztlich oder medizinisch fachkundig beraten. Im Zweifelsfall sollten Sie diese Option überspringen.

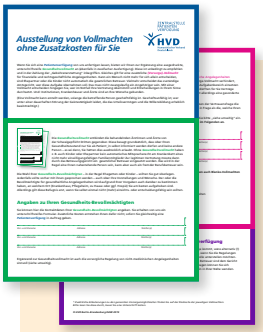
☐ Wenn ich infolge einer **schweren Gehirnschädigung**[1] **keine Einsichten mehr gewinnen** und (i. d. R. sprachlich) mit Menschen nicht mehr in Kontakt treten kann, **soll das Warten auf wesentliche Besserung beschränkt werden auf:**

..... Woche(n), Tage **oder** Monat(e)

Bitte eine Zahl eintragen und die nicht zutreffende Zeiteinheit streichen.

7. Schwerstpflege-Situation bei (auch vorübergehender) Willensunfähigkeit

☐ Ich wünsche **keine lebensverlängernden Eingriffe** mehr, wenn körperliche Dauerschädigungen mit **bleibender Schwerstpflegebedürftigkeit** vorliegen *(z. B. in Folge von Schlaganfall, Organschäden oder Unfall)*.



Wir erstellen gerne kostenfrei Gesundheits- bzw. Vorsorgevollmachten für Sie. Ihre Bevollmächtigten können Sie auf dem beigefügten Bogen eintragen. Alternativ senden wir Ihnen auf Wunsch eine Betreuungsverfügung zu.

Sie können bei den folgenden Punkten jeweils mehrere Optionen wählen.

8. Zur späteren Entscheidungsfindung und Interpretation meines Willens

☐ Die von mir in der beigefügten Gesundheitsvollmacht **benannte(n) Person(en)** soll(en) – nach ärztlicher Aufklärung – das »letzte Wort« im Prozess der Entscheidungsfindung haben. Bei notwendig werdenden Interpretationen kommt ihr (ihnen) ein **eigener Ermessensbereich** im Rahmen meiner Festlegungen zu.

☐ Die hier getroffenen medizinischen Festlegungen gelten für Ärztinnen/Ärzte **unmittelbar verbindlich.** Solange ich sie nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Situation keine Änderung meines Willens unterstellt werden.

☐ **Jedoch** im Falle einer **Demenz** soll abgewogen werden, was **meinem Wohl und mutmaßlichen Willen am meisten entspricht.** Dies soll aufgrund meiner Gesten, Blicke oder sonstiger Lebensäußerungen ermittelt werden, möglichst im Konsens mit allen Beteiligten.

9. Gewünschter Aufenthaltsort am Lebensende

Ich möchte …

☐ dort sein, wo meine Würde, Versorgung und Selbstbestimmung am besten gewahrt sind.

☐ wenn irgend möglich, in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.

☐ bei Komplikationen am Lebensende in ein Krankenhaus verlegt werden.

☐ zum Sterben in ein Hospiz.

10. Gewünschter Beistand am Lebensende

Bitte ggf. Namen und Telefonnummern eintragen.

Ich wünsche, dass benachrichtigt und einbezogen wird

☐ Pflege-, Palliativ-, ambulanter Hospizdienst:

.....

☐ Vertreter/in der folgenden Kirche / Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft / Organisation:

.....

☐ Ärztin/Arzt meines Vertrauens:

.....

D Weitere Angaben

11. Organ- und Gewebeentnahme

☐ Ich stimme einer Entnahme **von Organen** zum Zweck der Transplantation zu. **Intensivmedizinische Maßnahmen** dürfen dann zur Bestimmung des Hirntodes und anschließender Organentnahme **weitergeführt werden** *(maximal wenige Tage).*

☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe ab.

☐ Ich bin noch unentschieden.

Die folgende Erlaubnis gilt unabhängig von den drei vorgenannten Optionen:

☐ Ich stimme nach eingetretenem Tod einer Organ- und Gewebeentnahme zu medizinisch-wissenschaftlichen Forschungszwecken zu.

Zur Bearbeitung

☐ **Ich bitte um eine eilige Bearbeitung** (z. B. weil ein medizinischer Eingriff bevorsteht).

Zum Online-Ausfüllen

Wenn Sie auf unserer Seite www.patientenverfuegung.de Ihre persönlichen Daten selbst eingeben und Ihre Optionen durch Anklicken wählen, sparen wir dadurch viel Zeit. Dementsprechend ist der dort erbetene reguläre Betrag niedriger als der unten genannte.

Gebührenerstattung

Unsere Arbeit finanzieren wir ausschließlich über Spenden, Förderbeiträge und Gebühren. Die durchschnittlichen Kosten zur Erstellung einer individuellen Standard-Patientenverfügung betragen ca. 60 Euro.

Zur Unterstützung unserer Ziele können Sie darüber hinaus gern eine Spende leisten. Damit zeigen Sie sich solidarisch mit denjenigen, die für ihre Vorsorge-Dokumente nicht die reguläre Gebühr aufbringen können.

Ich erkläre mich bereit, nach Erhalt meiner Dokumente *(unterschriftsreife Standard-Patientenverfügung – falls erwünscht, zusätzlich mit unterschriftsreifen Vollmachten – jeweils in doppelter Ausführung)* **einen Betrag zu überweisen in Höhe von (wie angekreuzt):**

☐ **regulär 60 €**

☐ **reduziert 30 €**

Begründung der Reduzierung:

.....

Ein Überweisungsträger wird den fertigen Dokumenten beigefügt.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Unterstützung.

Bitte senden an:

Zentralstelle
Patientenverfügung (HVD)
Wallstraße 65
10179 Berlin

☐ Ich bin einverstanden mit der **Speicherung und Verarbeitung** der von mir angegebenen Daten ausschließlich zum Zweck **der Abwicklung meines Auftrags. Ggf. von mir benannte Personen, die in meine Vollmachten aufgenommen werden sollen, sind von mir über diese Regelung informiert und ebenfalls einverstanden. Die beigefügte Datenschutzerklärung Patientenverfügung habe ich zur Kenntnis genommen.**

.....
Ort / Datum

X .....
Unterschrift

© Humanistischer Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg KdöR 02_2020

MEDIZINISCHE ERKLÄRUNGEN

Zu den Begriffen mit hochgestellten Anmerkungsziffern*

Gehirnschädigungen: Dauerhafte Bewusstlosigkeit / Schwere Demenz

1 Betrifft i. d. R. **plötzliche schwere Gehirnschädigungen** (z. B. unfallbedingt durch **Kopfverletzung,** durch **Schlaganfall, Infarkt** oder **Sauerstoffmangel** im Gehirn). Die schwerste Form ist ein wahrscheinlich unwiederbringlicher Verlust des Bewusstseins durch Ausfall der Großhirnfunktion (Dauerkoma). Patient/innen im **Koma** reagieren nicht auf Reize und eine künstliche Ernährung ist lebensnotwenig. Dabei bleiben Organfunktionen wie Atem-, Darm- und Nierentätigkeit meist erhalten. Besonders bei Jüngeren können sich **günstige Entwicklungen** einstellen, je nach Ursache des Komas etwa bis zu 3, 6 oder auch noch 12 Monaten – doch mit zunehmender Dauer kaum ohne bleibende (Mehrfach-)Schädigungen.

Längst nicht alle hirngeschädigten Patient/innen bleiben oder sind komatös. Sie können auch »nur« geistig schwer behindert und aufgrund dessen **unfähig sein, Einsichten zu gewinnen** und mit anderen Menschen – i. d. R. sprachlich – in Kontakt zu treten. Aber sie reagieren durchaus auf Reize, haben Empfindungen, können ggf. schlucken, lernen sich zu bewegen und einfache Worte sprechen. In den ersten sechs bis acht Wochen bestehen die besten Aussichten auf Rehabilitationserfolge. Vielleicht kann sogar ein weitgehend eigenständiges Leben wiedererlangt werden.

2 Betrifft nicht rückführbare Gehirnschädigungen infolge eines **Hirnabbauprozesses,** wie sie am häufigsten bei **Demenz** (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im **weit fortgeschrittenen »Endstadium«** ist der Kranke völlig bettlägerig, kann nahe Angehörige gar nicht mehr erkennen und trotz Hilfestellung keine Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise mehr sich zu nehmen. Hiervon zu unterscheiden ist ein **noch nicht so weit fortgeschrittenes Stadium.** In diesem können Krankheitssymptome auftreten wie Persönlichkeitsstörungen, Angst, starke Desorientierung. Insbesondere wenn die eigenen geistigen Defizite selbst gar nicht mehr wahrgenommen werden, vermag der Betroffene noch durchaus positive Gefühle zu empfinden. Er kann Freude am Leben (in seiner eigenen Welt) haben oder auch am Essen.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

3 Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings **kein Hungergefühl;** dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten im Dauerkoma. Das **Durstgefühl** ist bei Schwerkranken zwar länger vorhanden, Beschwerden können aber am besten durch Anfeuchten der Atemluft gelindert und durch fachgerechte Mundbefeuchtung weitgehend beseitigt werden. Die künstliche Zufuhr von (insbesondere größerer) Flüssigkeitsmenge im Sterben gilt als schädlich, weil sie zu Beschwerden infolge von Wasseransammlung führen (v. a. zu Atemnot).

Schmerz- und Beschwerdelinderung

4 Eine **fachgerechte palliativmedizinische Behandlung** einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend und auch nicht bewusstseinsdämpfend. Meist werden umgekehrt durch die relativ gute Kontrollierbarkeit von Tumorschmerzen bei Krebspatienten »neue Lebensgeister« geweckt. Doch bei vielen anderen quälenden und nur schwer beherrschbaren Symptomen, insbesondere bei Atemnot und Erstickungsangst, ist eine höhere Dosierung von Schmerz- und Beruhigungsmitteln notwendig.

Wenn die angezeigte »herkömmliche« Palliativbehandlung an Grenzen stößt, können auch Narkotika zu einer sog. Sedierung (zu Bewusstseinsdämpfung oder vorübergehendem Tiefschlaf) eingesetzt werden. In besonderen Notfällen ist das Risiko einer – ärztlicherseits unbeabsichtigten – Verkürzung der verbleibenden Lebenszeit nicht ausgeschlossen. Wenn dies in Kauf genommen wird, sollte zur Rechtsicherheit des Arztes ein entsprechender Passus in der Patientenverfügung enthalten sein.

Wiederbelebungsmaßnahmen (»Reanimation«)

5 **Maßnahmen zur Wiederbelebung** sind nie leidensmindernd, sondern dienen ausschließlich dem Versuch der Lebensrettung. Pro Minute, die bis zum Beginn der Wiederbelebung verstreicht, verringert sich die Überlebenschance um etwa 10%. Wenn der Herz-Kreislaufstillstand **länger als 5 Minuten** zurückliegt, muss mit immer schwerwiegenderen Dauerschädigungen des Gehirns gerechnet werden (Überleben im Koma). Denn das besonders empfindliche Gehirngewebe ist bei Sauerstoffmangel eher irreparabel geschädigt als andere Organe. Wiederbelebung absolut zu untersagen, kann für einen hochbetagten oder sehr schwer kranken Menschen in Frage kommen, der sich auch unter keinen Umständen mehr operieren lassen will. Im Rahmen von (noch) geplanten medizinischen Eingriffen kommt es gelegentlich zu kurzfristigen Problemen, die sich durch eine **sofortige** Wiederbelebungsmaßnahme ohne Folgeschäden beheben lassen. Diese kann ausschließlich erlaubt werden.

** Diese Erklärungen im Sinne der Hospiz- und Palliativberatung sind weitgehend übernommen aus der Broschüre »Patientenverfügung« vom **Bundesministerium der Justiz***

Unsere unentgeltlichen Leistungen

- Wir leisten in vielen Bereichen unentgeltliche Hilfe und Betreuung wie z. B. Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche.
- Auf unserer Seite www.patientenverfuegung.de stellen wir kostenfreie Downloads zum Selbstausdrucken zur Verfügung.
- Wir senden allen Interessent*innen einen kostenfreien pv-Newsletter per E-Mail mit aktuellen (Fach-)Informationen zu.
- Wir unterstützen Angehörige und Bevollmächtigte bei der Durchsetzung des Patientenwillens in der später eingetretenen Situation.
- Wir bieten für unsere regelmäßigen Förderer eine Hinterlegungsmöglichkeit mit Notfallpass und Bereitschaftsdienst auch am Wochenende und an Feiertagen.
- Wir führen Fortbildungsmaßnahmen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen durch.

Bei Fragen können Sie sich wenden an

030 613904-12 oder -32
Mo., Di., Do. 10–17 Uhr, Fr. 10–14 Uhr

E-Mail: spv@patientenverfuegung.de

ZENTRALSTELLE PATIENTEN VERFÜGUNG
HVD
Humanistischer Verband Deutschlands

ZENTRALSTELLE PATIENTEN VERFÜGUNG
HVD
Humanistischer Verband Deutschlands

V.I.S.I.T.E.
Ambulantes Hospiz Palliativberatung

Tel.: 030 613904-12 oder -32, Fax: 030 613904-36 • Wallstr. 65, 10179 Berlin
Zentralstelle Patientenverfügung des HVD *(www.patientenverfuegung.de)*
in Kooperation mit:
V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung *(www.visite-hospiz.de)*

ZENTRALSTELLE
PATIENTEN
VERFÜGUNG

HVD
Humanistischer Verband
Deutschlands

Ausstellung von Vollmachten ohne Zusatzkosten für Sie

Wenn Sie sich eine ***Patientenverfügung*** von uns anfertigen lassen, bieten wir Ihnen zur Ergänzung eine ausgedruckte, unterschriftsreife ***Gesundheitsvollmacht*** an (ebenfalls in zweifacher Ausfertigung). Diese ist unbedingt zu empfehlen und in der zu zahlenden Gebühr inbegriffen. Gleiches gilt für eine zusätzliche ***(Vorsorge)-Vollmacht*** für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten. Mit einer Vollmacht entscheiden Sie, wer im Notfall Ihre Vertretung übernimmt und Entscheidungen in Ihrem Sinne durchsetzt. Und: Institutionen, Krankenhäuser und Ärzte sind an Ihre Verfügung und Vollmachten gebunden.

Eine Vollmacht kann erstellt werden, solange die betreffende Person geschäftsfähig ist. Geschäftsunfähig ist, wer unter einer nicht vorübergehenden krankhaften Störung der Geistestätigkeit leidet, die das Urteilsvermögen und die Willensbildung erheblich beeinträchtigt.

Die ***Gesundheitsvollmacht*** entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht Dritten gegenüber. Diese besagt grundsätzlich, dass über Ihren Gesundheitszustand nur Sie als Patient_in selbst informiert werden dürfen und keine andere Person – es sei denn, Sie hätten dies ausdrücklich erlaubt. Ohne ***Gesundheitsvollmacht*** haben z. B. auch Kinder oder Ehepartner kein automatisches Mitspracherecht am Krankenbett eines nicht mehr einwilligungsfähigen Familienmitglieds! Ausnahme: das automatische Vertretungsrecht für Ehegatt_innen, das allerdings im Wesentlichen auf den Akutfall beschränkt ist und maximal sechs Monate ausgeübt werden darf. Zur legitimen Vertretung müsste dann durch das Betreuungsgericht ein gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden. Das wird in der Regel eine Ihnen nahestehende Person sein, kann aber auch ein fremder Berufsbetreuer sein.

Die Wahl Ihrer ***Gesundheits-Bevollmächtigten*** – in der Regel Ehegatten oder Kinder – sollten Sie gut überlegen. Jedenfalls sollte vorher mit ihnen gesprochen werden – auch über Ihre Vorstellungen und Wünsche. Der oder die Bevollmächtigte für gesundheitliche Angelegenheiten wird aufgrund Ihrer Vorgaben auch darüber zu bestimmen haben, an welchem Ort (Krankenhaus, Pflegeheim, zu Hause oder ggf. Hospiz) Sie am besten aufgehoben sind. Allerdings gilt diese Befugnis erst, wenn Sie selbst einmal nicht (mehr) einsichts- oder entscheidungsfähig sein sollten.

Angaben zu Ihren Gesundheits-Bevollmächtigten

Sie können hier die Kontaktdaten Ihrer ***Gesundheits-Bevollmächtigten*** angeben. Sie erhalten von uns ein unterschriftsreifes Formular. Zusätzliche Kosten entstehen Ihnen dafür nicht, sofern Sie gleichzeitig eine ***Patientenverfügung*** in Auftrag geben.

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Ergänzend zur Gesundheitsvollmacht ist auch die vorsorgliche Regelung von nicht-medizinischen Angelegenheiten sinnvoll (siehe umseitig).

Angaben zu Ihren Bevollmächtigten für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten

Wir bieten Ihnen auch an, eine ***(Vorsorge-)Vollmacht**** für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten (ebenfalls in zweifacher Ausfertigung) zu erstellen. Diese Vorsorge-Vollmacht verhindert, dass ein Betreuungsgericht einen Ihnen unbekannten „gesetzlichen Betreuer" für diesen Aufgabenbereich einsetzen muss. Die durch Sie benannten Bevollmächtigten vertreten Sie z.B. gegenüber Behörden, dürfen für Sie Verträge abschließen bzw. kündigen und finanzielle Angelegenheiten regeln (für Bankgeschäfte ist allerdings eine gesonderte Kontovollmacht bei Ihrem Kreditinstitut erforderlich).

Auch bei den Bevollmächtigten für diese Angelegenheiten stellt sich neben der Vertrauensfrage die der speziellen Befähigung. Vielleicht kommen deshalb andere Personen in Frage als die, welche Ihren Willen zu medizinischen Behandlungen vertreten sollen.

Wenn es dieselben wie in der ***Gesundheitsvollmacht*** sein sollen, tragen Sie bitte „siehe umseitig" ein. **Wenn andere Personen eingesetzt werden sollen, geben Sie diese bitte im Folgenden an.**

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Vor- und Zuname *Adresse* *Telefon(e)*

Wenn Sie sich bei der Wahl Ihrer Bevollmächtigten noch nicht sicher sind, senden wir Ihnen auch Blanko-Vollmachten zu (bitte ankreuzen). Diese können Sie dann selbst ausfüllen:

Ich wünsche

☐ eine Blanko-***Gesundheitsvollmacht*** für medizinische Angelegenheiten

☐ eine Blanko-***Vorsorge-Vollmacht*** für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten

Schließlich möchten wir nicht versäumen, Ihnen eine Alternative anzubieten für den Fall, dass Sie keine Vertrauensperson bevollmächtigen können:

Mögliche Alternative zur Vollmacht: Die Betreuungsverfügung

Wenn Sie keine Vertrauensperson haben, die als Bevollmächtigte in Frage kommt, wäre alternativ (!) eine **Betreuungsverfügung** möglich. Diese kann auch dann sinnvoll sein, wenn Sie die Regelungen z. B. Ihrer finanziellen Angelegenheiten lieber einer gerichtlichen Kontrolle unterstellen möchten. Hier können Sie z.B. einen Betreuungsverein Ihres Vertrauens einsetzen. Betreuer sind dem Gericht gegenüber immer berichts- und ggf. rechenschaftspflichtig. Zu diesen Fragen können Sie sich kostenfrei auch an eine Betreuungsbehörde oder einen Betreuungsverein in Ihrer Nähe wenden.

☐ Ich wünsche eine Betreuungsverfügung

** Zusätzliche Erläuterungen zu den genannten Vorsorgemöglichkeiten finden Sie auf der Rückseite der jeweiligen Vollmachten. Bitte lesen Sie diese durch, bevor Sie sie unterschreiben.*

© HVD Berlin-Brandenburg KdöR 2022

DATENSCHUTZERKLÄRUNG PATIENTENVERFÜGUNG

ZENTRALSTELLE PATIENTEN VERFÜGUNG

HVD
Humanistischer Verband Deutschlands

Seit 30 Jahren informieren wir zu Patientenverfügungen und Vorsorge. Wir sind Deutschlands erste Hinterlegungsstelle und bundesweit tätige Patientenverfügungs-Beratung.

Unsere Dienstleistung der Erstellung einer Patientenverfügung sowie der inkludierten Beratung kann nicht genutzt werden, ohne dass Sie uns sehr persönliche Daten von sich bekannt geben. Aus diesem Grund möchten wir Ihnen an dieser Stelle mitteilen, wie wir mit Ihren sensiblen und sehr persönlichen Daten umgehen. Die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), insbesondere der Art. 13, ist für uns nicht nur bindend, sondern auch ein Muss, um Ihr Vertrauen in unsere Arbeit zu bestätigen.

Verantwortlich im Sinne des Datenschutzgesetzes:

Humanistischer Verband Berlin-Brandenburg KdöR
Wallstraße 61-65, 10179 Berlin

vertreten durch:

Frau Katrin Raczynski (Vorstandsvorsitzende) und
Herrn David Driese (Vorstand)

Datenschutzbeauftragter:

Herr Julian Lang
Berater für Datenschutz und IT-Sicherheit
Althammer & Kill GmbH & Co. KG
Roscherstraße 7
30161 Hannover
E-Mail: ***datenschutz@hvd-bb.de***

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten für vorvertragliche Maßnahmen und für die Leistungserbringung/Vertragserfüllung.

Für Verarbeitungen, die nicht dem Vertragszweck dienen, benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie jederzeit widerrufen können.

Ihre Einwilligung für zusätzliche Dienstleistungen wird nach Beendigung der Leistung oder Ihrem Widerruf im gesetzlichen Rahmen sofort gelöscht.

Folgende Ihrer personenbezogenen Daten werden durch uns verarbeitet:

Name, Adresse, E-Mail, Telefonnummer, Bankdaten, Gesundheitsdaten, Kontaktdaten von Bevollmächtigten und Ärzt_innen.

Wir werden Ihre Daten niemals ohne Ihre ausdrückliche Genehmigung an Dritte weitergeben.

Zu jedem Zeitpunkt können Sie sich über Ihre personenbezogenen Daten, deren **Herkunft** und **Empfänger** und den **Nutzen** der **Datenverarbeitung informieren** und unentgeltlich eine **Korrektur, Sperrung** oder **Löschung** ihrer persönlichen **Daten verlangen.**

Bitte beachten Sie hierbei die vertraglichen Konditionen der Erstellung einer Patientenverfügung bzw. der Hinterlegung Ihrer Patientenverfügung.

Speichern werden wir Ihre Daten nur solange, wie die gesetzliche Aufbewahrungsfrist besteht.

Sollte der Vertrag zwischen Ihnen und dem HVD nicht zustande kommen, werden die von Ihnen ausgefüllten vorvertraglichen Unterlagen nach spätestens 6 Monaten **gelöscht.**

Nach Auftragserfüllung (Erstellung einer Patientenverfügung samt Vollmachten) werden Ihre Daten maximal 1 Jahr gespeichert. Nach Ablauf dieser Frist werden diese ordnungsgemäß **gelöscht.**

Bei Hinterlegung Ihrer Patientenverfügung samt Vollmachten stimmen Sie der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten (siehe oben) zu.

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt, steht Ihnen das **Recht auf Beschwerde** bei der Aufsichtsbehörde des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin, zu.

Falls Sie weitere **Fragen zum Datenschutz** haben, wenden Sie sich bitte an:

datenschutz@hvd-bb.de

© Humanistischer Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg KdöR 12_2021