



Patientenverfügung

Fragebogen zur Erstellung, mit Vollmachten



Humanistischer Verband
Deutschlands | Berlin-Brandenburg

Zentralstelle Patientenverfügung

In drei Schritten zu Ihrer Patientenverfügung mit Vollmachten:

1. Fragebogen in Ruhe ausfüllen

Bitte füllen Sie den Fragebogen gut lesbar aus.
Bei den meisten Fragen sind mehrere Antworten möglich.

Auf Wunsch beraten wir Sie in einem ausführlichen Einzelgespräch für eine Gebühr von 50 Euro.

☎ **030 206 2178 -02/-03/-04**

Montag, Dienstag, Donnerstag: 10–17 Uhr

Freitag: 10–14 Uhr

Über 30 Jahre
Erfahrung



2. Absenden

Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in einem frankierten Umschlag an diese Adresse:

Zentralstelle Patientenverfügung
des Humanistischen Verbandes Berlin-Brandenburg KdÖR
Leipziger Straße 33
10117 Berlin



3. Patientenverfügung und Vollmachten erstellen lassen

Sobald wir Ihren Fragebogen erhalten haben, wird er von uns inhaltlich geprüft. Bei Unklarheiten oder Fragen melden wir uns bei Ihnen.

Sie erhalten Ihre unterschriftsreife Patientenverfügung, die gewünschten Vollmachten, ein Hinweiskärtchen für unterwegs und die Rechnung innerhalb von ein bis zwei Wochen per Post. Wenn Sie eine schnellere Bearbeitung wünschen, können Sie dies ankreuzen.



Für die Prüfung und Erstellung Ihrer Dokumente berechnen wir Ihnen einmalig 20 Euro. Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag erst nach Erhalt der Dokumente.

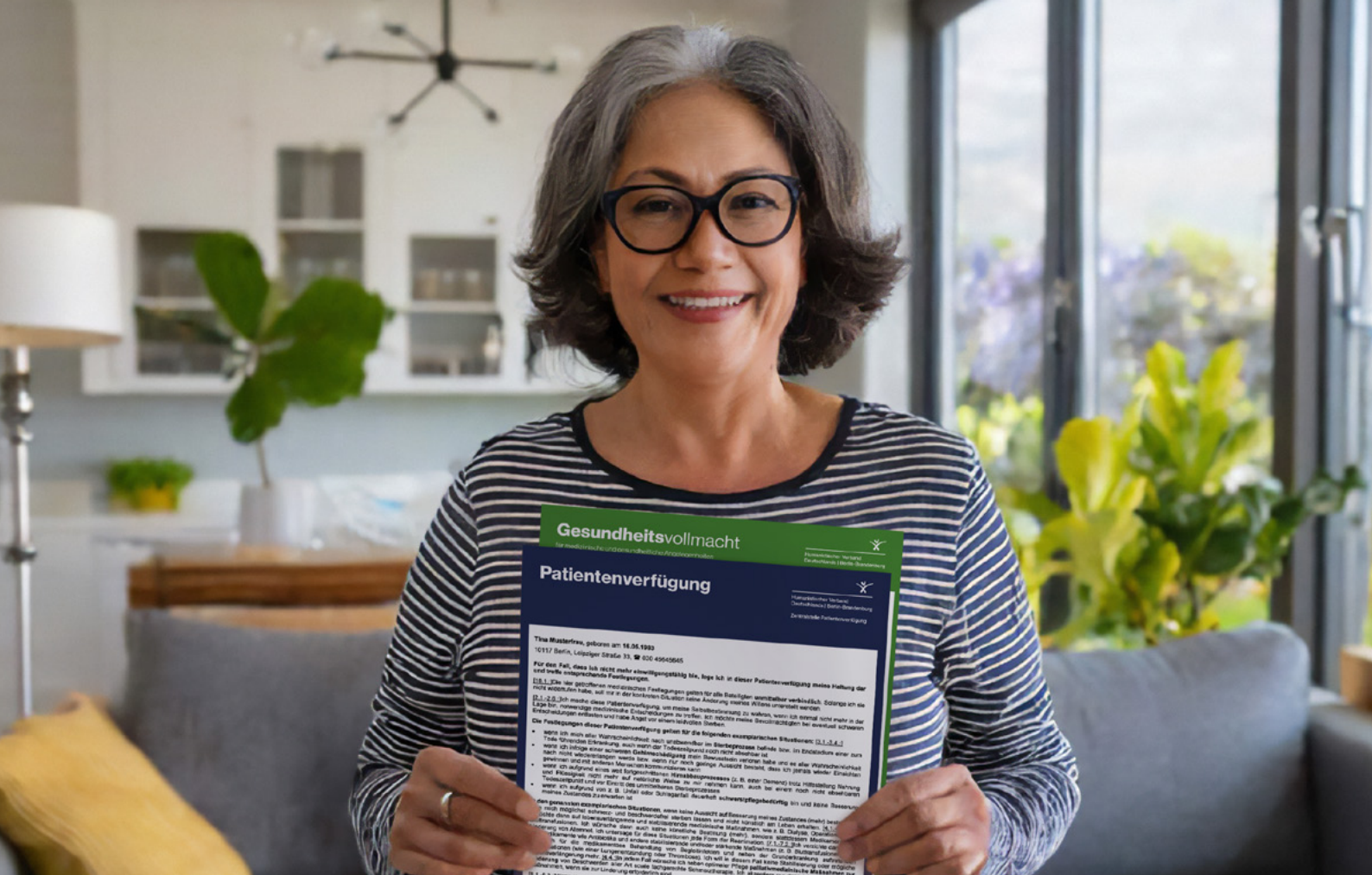
Tipp: Mit einer Hinterlegung auf Nummer sicher gehen!

Wir bieten Ihnen zusätzlich die Möglichkeit, Ihre Dokumente bei uns zu hinterlegen. Diese sind damit **an 365 Tagen im Jahr bei uns abrufbar**. Das Hinterlegungsentgelt beträgt 60 Euro pro Jahr. Mehr darüber lesen Sie auf der Rückseite.



Tipp: Sie können diesen Fragebogen auch online ausfüllen:
<https://patientenverfuegung.de/fragebogen>





Häufige Fragen und Antworten zur Patientenverfügung

Warum ist eine Patientenverfügung wichtig?

Wenn Sie sich aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung selbst nicht mehr äußern können, ist es wichtig, dass Sie eine Patientenverfügung haben. Darin legen Sie vorab Ihre Behandlungswünsche verbindlich fest: Welche medizinischen Maßnahmen sollen in bestimmten Situationen durchgeführt oder unterlassen werden? Im Ernstfall entlastet es auch Ihre Bevollmächtigten und nahestehende Personen, wenn diese Ihre Wünsche kennen und Ihre Patientenverfügung vorlegen können.

Kurz erklärt: Patientenverfügung, Gesundheitsvollmacht und Vorsorgevollmacht – was ist das?

In einer **Patientenverfügung** legen Sie Ihre Behandlungswünsche für den Fall fest, dass Sie sich nicht mehr äußern können („Einwilligungsunfähigkeit“).

Mit einer **Gesundheitsvollmacht** bevollmächtigen Sie Personen, die dann Ihren Patientenwillen vertreten sollen.

Mit einer **Vorsorgevollmacht** bevollmächtigen Sie Personen für finanzielle und sonstige rechtliche Angelegenheiten.

Was kann ich tun, wenn ich keine Vertrauensperson bevollmächtigen möchte?

Wenn Sie keine Vertrauenspersonen bevollmächtigen können, kommt alternativ eine **Betreuungsverfügung** in Frage. Damit treffen Sie Festlegungen für den Fall einer späteren gesetzlichen Betreuung.

Müssen die Dokumente bezeugt werden?

Das ist nicht gesetzlich vorgeschrieben, dennoch empfehlen wir Ihnen eine Bezeugung durch Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt. Mit Unterschrift und Stempel bezeugen diese, dass Sie Ihre Patientenverfügung aus freiem Willen und bei klarem Verstand auf den Weg gebracht haben (was im Fall einer späteren Demenz wichtig sein kann). Außerdem können Ihre Festlegungen Ihrer Patientenakte hinzugefügt werden.

Wie erfährt das Krankenhaus von der Patientenverfügung?

Sie erhalten zusammen mit den fertigen Dokumenten von uns ein Hinweiskärtchen. Dieses verweist auf die Existenz einer Patientenverfügung und enthält die Kontaktdaten der Bevollmächtigten sowie Ihre Haltung zur Organspende. Bei der kostenpflichtigen Hinterlegung Ihrer Dokumente bei uns erhalten Sie eine Kurzfassung Ihrer Patientenverfügung für die ersten 48 Stunden nach einem Notfall („Notfallpass“) und Ihre Patientenverfügung und Gesundheitsvollmacht sind an 365 Tagen im Jahr bei uns abrufbar.

Fragebogen zur Erstellung Ihrer Patientenverfügung mit Vollmachten



Humanistischer Verband
Deutschlands | Berlin-Brandenburg

Zentralstelle
Patientenverfügung

Bitte frankiert zurücksenden an:

Zentralstelle Patientenverfügung
des Humanistischen Verbandes
Berlin-Brandenburg KdöR
Leipziger Str. 33
10117 Berlin

Ihr Kontakt zu uns

☎ 030 206 21 78-02/ -03/ -04
Mo, Di, Do 10–17 Uhr, Fr 10–14 Uhr
✉ mail@patientenverfuegung.de

Bitte beachten Sie: Dieser Fragebogen ist keine Patientenverfügung!

Mit diesem Fragebogen teilen Sie uns Ihre Behandlungswünsche und Festlegungen mit, damit wir Ihnen eine individuelle, rechtswirksame Patientenverfügung mit Vollmachten erstellen können. Nehmen Sie sich Zeit zum Ausfüllen.

Nach Ihrem Auftrag erhalten Sie die von uns für Sie erstellte **Patientenverfügung** per Post, zusammen mit den **Gesundheits- und Vorsorgevollmachten**, einer Rechnung und einem Hinweiskärtchen für den Notfall. Die Patientenverfügung ist dann sofort nach Ihrer Unterschrift rechtswirksam – und zwar solange Sie sie nicht widerrufen. Künftige Änderungen können Sie selbst handschriftlich vornehmen.

Bei Bedarf aktualisieren wir Ihre Dokumente, wenn Sie diese kostenpflichtig in der Zentralstelle Patientenverfügung hinterlegen. Ohne diese Hinterlegung sind wir verpflichtet, Ihre Daten nach Auftrags Erfüllung aus Datenschutzgründen zu löschen.

Gerne beraten wir Sie für 50 Euro Gebühr ausführlich, telefonisch oder ganz persönlich in der Zentralstelle Patientenverfügung.

1. Meine persönlichen Angaben

Titel, Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (mit Vorwahl)

Mobil

E-Mail-Adresse

2. Motivation (mehrere X möglich)

☐ Ich möchte meine Selbstbestimmung wahren für den Fall, dass ich mich nicht mehr äußern kann.

☐ Ich möchte meine Angehörigen bei gegebenenfalls schwierigen Entscheidungen entlasten.

☐ Ich habe Angst vor einem leidvollen Sterben.

☐ Weitere Angaben:

Situationen

3. Situationen, in denen meine Patientenverfügung gelten soll (mehrere X möglich)

Ich mache diese Patientenverfügung für Situationen, in denen ich wegen Einwilligungsunfähigkeit eine notwendige medizinische Entscheidung nicht selbst treffen kann, und zwar ...

- ☐ wenn ich mich **unabwendbar im Sterbeprozess** befinde **bzw. im Endstadium** einer zum Tode führenden Erkrankung.
- ☐ wenn ich infolge einer **schweren Gehirnschädigung** mein Bewusstsein verloren habe und es aller Wahrscheinlichkeit nach nicht wiedererlangen werde (z. B. Koma) bzw. wenn nicht davon auszugehen ist, dass ich wieder Einsichten gewinnen und mit anderen Menschen kommunizieren kann.
- ☐ wenn ich aufgrund eines **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses** (z. B. einer Demenz) trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr auf natürliche Weise zu mir nehmen kann.
 - ☐ wenn in einem weniger fortgeschrittenen Stadium einer Demenz eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Komplikation hinzugekommen ist.
- ☐ bei **körperlichen Dauerschädigungen mit bleibender Schwerstpflegebedürftigkeit** (z. B. infolge von Unfall oder Schlaganfall), wenn eine Besserung meines Zustandes nicht mehr zu erwarten ist.

Medizinische Festlegungen

4. Lebensverlängernde Maßnahmen (mehrere X möglich)

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bestimme ich für die unter 3. genannten Situationen:

Wenn keine Aussicht auf Besserung meines Zustandes mehr besteht, wünsche ich, dass man mich möglichst beschwerdefrei sterben lässt. Ich wünsche dann ...

- ☐ keine lebensverlängernden Eingriffe und Maßnahmen mehr, wie z. B. Dialyse, Operationen oder Bluttransfusionen.
- ☐ keine künstliche Beatmung mehr, stattdessen die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Atemnot.
- ☐ keine Versuche zur Wiederbelebung mehr.
- ☐ in jedem Fall palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen zur Linderung von Atemnot und anderen Beschwerden (wie Übelkeit, Angst und Unruhe).

Wann brauchen Sie eine Patientenverfügung?

Sie benötigen Ihre Patientenverfügung nur für den Fall Ihrer Einwilligungsunfähigkeit, also wenn Sie selbst medizinischen Maßnahmen weder zustimmen noch sie ablehnen können. Grundsätzlich wird zunächst alles versucht, um Ihr Leben zu retten und Ihre Lebensqualität wiederherzustellen. Es kann aber der Fall eintreten, dass alle medizinischen Möglichkeiten erschöpft sind, die noch zu einer Verbesserung oder Stabilisierung Ihres Gesundheitszustandes führen könnten. Dann muss Ihr mutmaßlicher Wille ermittelt werden, also welche Maßnahmen Sie wünschen bzw. ablehnen.

Wenn Sie in bestimmten Situationen auf medizinische Maßnahmen verzichten wollen – auch und gerade dann, wenn dies zum Tode führen könnte –, müssen diese Situationen konkret benannt werden. Sie lehnen lebensverlängernde Maßnahmen also nicht grundsätzlich ab, sondern nur für ganz bestimmte Situationen, so wie nebenstehend unter 3. ausgewählt.

Wichtig: Ihre Patientenverfügung kommt nur bei Einwilligungsunfähigkeit zum Einsatz, also erst dann, wenn Sie selbst nicht aktiv entscheiden können und Ihr mutmaßlicher Wille ermittelt werden muss.

Worauf möchten Sie verzichten, wenn keine Aussicht auf Besserung Ihres Gesundheitszustandes besteht?

Wenn ein medizinischer Notfall eintritt, werden generell alle Möglichkeiten ausgeschöpft, Ihr Leben zu retten bzw. zu verlängern. Es kann jedoch die Situation eintreten, dass auch die moderne Medizin an die Grenzen ihrer Möglichkeiten gelangt und keine Aussicht auf Besserung mehr besteht. Dann sollten palliative (lindernde) Maßnahmen Vorrang haben. Lebensverlängernde, stärkende und/oder stabilisierende Mittel und Maßnahmen können dann die Sterbephase verlängern, meist ohne die Lebensqualität wesentlich zu verbessern.

„In meiner täglichen Arbeit als Ärztin sehe ich, wie entscheidend eine durchdachte Patientenverfügung für eine patientengerechte Behandlung ist.“

Dr. med. S. Schwarz, Intensivmedizinerin



5. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

(mehrere ☒ möglich)

- ☐ Das Stillen von Hunger und Durst soll so lange wie möglich auf natürliche Weise erfolgen, ggf. mit Hilfe.
- ☐ In den unter 3. gewählten Situationen soll auch auf künstliche Ernährung – vor allem mittels PEG-Sonde – verzichtet werden.
- ☐ Um den Sterbeprozess weder zu verlängern noch zu unterbrechen, verzichte ich dann auch auf künstliche Flüssigkeitszufuhr, außer sie ist – in angemessenem Maße – palliativmedizinisch erforderlich. Vorrang hat dann sorgfältige, fachgerechte Mundbefeuchtung und -pflege. Prinzipiell wünsche ich dann nur noch Flüssigkeit, die ich auf natürlichem Wege über den Mund aufnehmen kann.

6. Schmerz- und Beschwerdelinderung

(mehrere ☒ möglich)

- ☐ Ich wünsche in den unter 3. gewählten Situationen bei nicht beherrschbaren Schmerzen, starker Atemnot und sonstigen quälenden Empfindungen fachgerechte Schmerztherapie bis hin zur palliativen Sedierung (ein narkoseähnlicher Zustand zur Linderung unerträglicher Symptome, wenn innerhalb von wenigen Stunden bis Tagen mit dem Tod gerechnet werden muss).
- ☐ Dabei nehme ich eine bewusstseinsstrübende, lebensverkürzende Nebenwirkung im Ausnahmefall in Kauf, wenn Linderung sonst nicht möglich ist.

Möchten Sie am Lebensende auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr verzichten?

Das Stillen von Hunger- und Durstempfinden gehört zu jeder lindernden Therapie. Wenn Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr auf natürliche Weise aufgenommen werden können, ist die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit möglich. Jedoch verlangt der Körper in der Sterbephase kaum mehr nach Nahrung und Flüssigkeit. Wird in dieser Situation zu viel davon zugeführt, kann dies den Sterbeprozess verlängern bzw. Symptome wie Atemnot verstärken. Deshalb ist es ratsam, die Flüssigkeitszufuhr auf das palliativmedizinisch erforderliche Maß zu beschränken. Damit kein Durstgefühl entsteht, ist eine sorgfältige Mundbefeuchtung und -pflege wichtig.

Nehmen Sie eine eventuell lebensverkürzende Nebenwirkung schmerzlindernder Medikamente in Kauf?

Die weitestgehende Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden (wie Atemnot, Angst, Übelkeit, Unruhe) bei möglichst klarem Bewusstsein gehört zu den Zielen der palliativen Therapie. Bei hoher Dosierung können die Medikamente im Ausnahmefall und als Nebenwirkung lebensverkürzend wirken. Es kann sein, dass sie am Lebensende zur Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden z. B. hochdosiertes Morphin benötigen. Wenn Sie das damit verbundene mögliche Risiko einer Lebensverkürzung eingehen möchten bzw. ausdrücklich wünschen, sollte dies in Ihrer Patientenverfügung stehen.

Ihr Kontakt zu uns

☎ 030 206 21 78-02/ -03/ -04
Mo, Di, Do 10–17 Uhr, Fr 10–14 Uhr
✉ mail@patientenverfuegung.de

*„Im Alter wird einem bewusst,
wie wichtig es ist, rechtzeitig vorzusorgen.
Ich wollte sicher sein, dass alles
nach meinen Wünschen geregelt ist.“*

Hanna R., Rentnerin



7. Antibiotika und andere stabilisierende Medikamente (hier ist nur ein X möglich)

- ☐ Ich wünsche in den unter 3. gewählten Situationen keine Stabilisierung oder mögliche Lebensverlängerung mehr. Ich verzichte dann auf lebensverlängernde Medikamente wie Antibiotika und andere stabilisierende und/oder stärkende Maßnahmen.
- ☐ Ich erlaube in den unter 3. gewählten Situationen nur noch Medikamente, die zur Linderung von Beschwerden erforderlich sind, auch wenn dies die Sterbephase verlängern könnte.

Nehmen Sie eine lebensverlängernde Nebenwirkung von lindernden Medikamenten in Kauf?

Stärkende und stabilisierende Medikamente können im Endstadium einer schweren Erkrankung Erleichterung bewirken, sind aber meist auch lebensverlängernd. Hier können Sie abwägen, ob Sie lebensverlängernde Medikamente und Maßnahmen grundsätzlich ablehnen oder sie zur Linderung von Beschwerden zulassen.

8. Herzschrittmacher / Defibrillator (mehrere X möglich)

- ☐ Ich habe keinen Herzschrittmacher und keinen Defibrillator.
- ☐ Ich habe einen Herzschrittmacher, der zu deaktivieren ist, wenn eine der unter 3. gewählten Situationen eingetreten ist.
- ☐ Ich habe einen implantierten Defibrillator, dessen Schockfunktion auszustellen ist, wenn eine der unter 3. gewählten Situationen eingetreten ist.

9. Organ- und Gewebespende (mehrere X möglich)

- ☐ Ich stimme einer Organ- und Gewebespende zum Zweck der Transplantation zu. Intensivmedizinische Maßnahmen dürfen dann für wenige Tage zur Bestimmung des Hirntodes und zur anschließenden Organentnahme durchgeführt werden.
- ☐ Ich stimme nach eingetretenem Tod einer Organ- und Gewebeernte zu medizinisch-wissenschaftlichen Forschungszwecken zu.
- ☐ Ich lehne eine Organentnahme ab.

10. Verbindlichkeit

Die hier getroffenen medizinischen Festlegungen gelten für alle Beteiligten unmittelbar verbindlich, solange ich sie nicht widerrufen habe.

- ☐ Meinen bevollmächtigten Vertrauenspersonen kommt ein eigener Ermessensbereich im Rahmen meiner Festlegungen zu.

„Für mich war es wichtig, frühzeitig klare Entscheidungen zu treffen, um meine Familie zu entlasten und sicherzugehen, dass meine Wünsche respektiert werden.“

J. Fischer, Selbstständiger



11. Aufenthaltsort am Lebensende (mehrere X möglich)

Ich möchte ...

- ☐ wenn irgend möglich, am Lebensende in meiner vertrauten Umgebung bleiben.
- ☐ am liebsten im Beisein mir Nahestehender sterben.
- ☐ am Lebensende in ein Hospiz.
- ☐ bei Komplikationen am Lebensende in ein Krankenhaus verlegt werden.
- ☐ keinesfalls im Krankenhaus sterben.

12. Begleitung am Lebensende (bitte Namen und Telefonnummern eintragen)

Ich wünsche, dass benachrichtigt und einbezogen wird:

- ☐ eine Ärztin oder ein Arzt meines Vertrauens:

- ☐ Ich wünsche Beistand durch:

- ☐ Es soll(en) keinesfalls benachrichtigt oder einbezogen werden:

13. Sterbehilfe (mehrere X möglich)

- ☐ Ich befürworte Sterbehilfe und wünsche, dass die legal zulässigen Möglichkeiten für mich ausgeschöpft werden.
- ☐ Ich behalte mir das Recht vor, über Zeitpunkt und Art meines Todes selbst zu bestimmen.
- ☐ Ich lehne Sterbehilfe in jeder Form grundsätzlich ab.

Ihr Kontakt zu uns

☎ 030 206 21 78-02/ -03/ -04
Mo, Di, Do 10–17 Uhr, Fr 10–14 Uhr
✉ mail@patientenverfuegung.de

14. Bestattungswünsche

☐ Ich wünsche eine Feuerbestattung.

☐ Ich wünsche eine Erdbestattung.

☐ Ich habe Bestattungsvorsorge getroffen bei:

☐ Sonstiges:

Das Wichtigste haben Sie geschafft!

Wenn Sie bis hierhin bei den meisten Fragen (mindestens) eine Option angekreuzt haben, steht Ihrer Auftragserteilung zur Erstellung Ihrer Patientenverfügung nichts mehr im Wege. Um Ihre Patientenverfügung abzurunden, würden wir gerne Ihre aktuelle Haltung zu den Themen Intensivmedizin und Wiederbelebung erfahren.

Es geht im Folgenden **nicht** um die unter 3. gewählten Situationen, sondern um Ihre jetzige (!) Lebenssituation.

Wenn heute ein Notfall eintreten würde ...

15. Meine Haltung zu Intensivmedizin

(hier ist nur ein **X** möglich)

Wenn heute, in Ihrer **jetzigen Lebenssituation**, plötzlich ein Notfall eintreten würde, z. B. durch einen Unfall oder Herzinfarkt, sollen dann intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt und ausgeschöpft werden?

☐ Ja, solange realistische Aussichten bestehen, dass ich ein lebenswertes, umweltbezogenes Leben wiedererlangen kann, wünsche ich intensivmedizinische Maßnahmen.

☐ Nein, intensivmedizinische Maßnahmen lehne ich heute schon prinzipiell ab (z. B. aufgrund hohen Alters oder schwerer Erkrankung). Ich wünsche nur noch allgemeinmedizinische Maßnahmen, z. B. bei einem Knochenbruch.

16. Meine Haltung zu Wiederbelebung

(mehrere **X** möglich)

☐ Ja, Wiederbelebungsversuche wünsche bzw. akzeptiere ich – aber nur innerhalb weniger Minuten nach Herz-/Kreislauf-Stillstand, weil ich das Risiko vermeiden möchte, mit einer dauerhaften Gehirnschädigung weiterzuleben.

☐ Ja, im Rahmen von medizinischen Eingriffen erlaube ich Wiederbelebung generell.

☐ Nein, Wiederbelebungsversuche lehne ich in jedem Fall heute schon ab.

Wie ist Ihre generelle Haltung zu Intensivmedizin und Wiederbelebung?

Als Beispiel: Wenn Sie nach einem Unfall ins Krankenhaus kommen und sich nicht äußern können, dann kann niemand Ihre grundsätzliche Haltung zu medizinischen Maßnahmen in Erfahrung bringen. Es könnte dann jedoch hilfreich sein, durch Ihre Patientenverfügung zu erfahren, wie Sie in Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation zu Intensivmedizin und Wiederbelebung standen.



Ihr Kontakt zu uns

☎ 030 206 21 78-02/ -03/ -04

Mo, Di, Do 10–17 Uhr, Fr 10–14 Uhr

✉ mail@patientenverfuegung.de

Ihre Vertrauensperson(en) für die Gesundheitsvollmacht

Hier bevollmächtigen Sie Vertrauenspersonen für den Fall, dass Sie sich nicht mehr äußern können. Zusammen mit Ihrer Patientenverfügung erhalten Sie die Vollmachten in zweifacher Ausfertigung.

Ohne eine Gesundheitsvollmacht haben Ihre Angehörigen kein Mitspracherecht in medizinischen Angelegenheiten!

Die einzige Ausnahme sind Ehegatt*innen: Sie können einander im Akutfall bis zu sechs Monate lang auch ohne Vollmacht vertreten („automatisches Notvertretungsrecht“). Nach Ablauf dieser Frist muss dann aber ein Betreuungsgericht eine*n gesetzliche*n Betreuer*in bestellen, wenn keine Gesundheitsvollmacht vorliegt.

Mit einer Gesundheitsvollmacht entbinden Sie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber den bevollmächtigten Personen.

Wichtig: Ihre Vertrauenspersonen sollten informiert sein. Sprechen Sie rechtzeitig mit ihnen über Ihre Wünsche und Vorstellungen am Lebensende sowie über Festlegungen Ihrer Patientenverfügung.

Ich bevollmächtige folgende Personen, den in meiner Patientenverfügung dokumentierten Willen zur Geltung zu bringen, gegebenenfalls auch als gesetzliche Betreuer*innen:

1. Titel, Vor- und Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon(e)	
2. Titel, Vor- und Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon(e)	
3. Titel, Vor- und Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon(e)	
4. Titel, Vor- und Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon(e)	

Alternativ:

☐ Ich kann zurzeit **noch keine** Vertrauensperson(en) für meine Gesundheitsvollmacht benennen, möchte dies aber nachholen. Bitte senden Sie mir dafür Formulare, die ich später selbst ausfüllen kann.

Ihre Vertrauensperson(en) für die Vorsorgevollmacht

Für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten, etwa Verträge oder Behördenvorgänge, können Sie ebenfalls Vertrauenspersonen bevollmächtigen. Das können dieselben Personen wie in Ihrer Gesundheitsvollmacht, aber auch andere Vertrauenspersonen sein.

Wichtig: Für Bankangelegenheiten ist eine **separate Kontovollmacht** bei Ihrer Bank erforderlich! Für Immobilien, Geschäftsanteile und Ähnliches ist eine notarielle Vollmacht notwendig.



☐ Ich bevollmächtige **dieselben Personen** wie in meiner Gesundheitsvollmacht.

☐ Ich bevollmächtige **abweichend** folgende Personen, sich um meine finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten zu kümmern:

1.	Titel, Vor- und Nachname	
	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl, Ort	
	Telefon(e)	
2.	Titel, Vor- und Nachname	
	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl, Ort	
	Telefon(e)	
3.	Titel, Vor- und Nachname	
	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl, Ort	
	Telefon(e)	
4.	Titel, Vor- und Nachname	
	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl, Ort	
	Telefon(e)	

☐ Ich kann derzeit **noch keine** Vertrauensperson(en) für meine Vorsorgevollmacht benennen, möchte dies aber nachholen. Bitte senden Sie mir dafür Formulare, die ich später selbst ausfüllen kann.

Betreuungsverfügung

Wenn Sie **niemanden haben**, dem Sie mit gutem Gefühl wichtige Entscheidungen anvertrauen möchten, kommt alternativ eine Betreuungsverfügung in Frage. Damit treffen Sie Festlegungen für den Fall einer späteren gesetzlichen Betreuung.

☐ Ich bitte darum, mir das Formular „Betreuungsverfügung“ zuzusenden, da ich keine Person meines Vertrauens bevollmächtigen kann. Ich möchte Festlegungen für den Fall einer späteren gesetzlichen Betreuung treffen.

Ergänzende Wertvorstellungen zu meiner Patientenverfügung (optional)

Bisher haben Sie angegeben, welche Behandlungen Sie in welchen Situationen wünschen bzw. ablehnen, wenn Sie selbst keine medizinischen Entscheidungen treffen können, also einwilligungsunfähig sind. Es kann für Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und Ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen hilfreich sein, sich ein Bild von Ihrer Persönlichkeit zu machen, um Ihre individuellen Wünsche berücksichtigen zu können. Deshalb können Sie hier ergänzende Angaben zu Ihren Wertvorstellungen und persönlichen Einstellungen machen. Mit der jeweils letzten Option „Anderes“ können Sie individuelle Aspekte ergänzen und Ihr Dokument dadurch noch aussagekräftiger machen.

Wichtig: Ihre Patientenverfügung ist auch ohne diese zusätzlichen Angaben rechtswirksam.

Wenn Sie diese ergänzenden Fragen zu einem späteren Zeitpunkt beantworten möchten, kreuzen Sie dies bitte an. Sie erhalten dann das Formular „Ergänzende Wertvorstellungen“ zum späteren Ausfüllen zusammen mit Ihren erstellten Dokumenten per Post.

Generell gilt: Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen, Ihren Vertrauenspersonen und Ihrem Umfeld über Ihre Wünsche und Vorstellungen.

☐ **Ja**, ich möchte Angaben zu meinen ergänzenden Wertvorstellungen machen und beantworte die folgenden Fragen, damit sie in meine Patientenverfügung aufgenommen werden können.

☐ **Nein**, ich möchte ggf. später Angaben zu meinen Wertvorstellungen machen und bitte um Zusendung des Formulars.*

*In diesem Fall können Sie uns jetzt auf S. 12 den Auftrag zur Erstellung Ihrer Patientenverfügung samt Vollmachten erteilen.

Bei den Fragen 17–26 sind jeweils mehrere ☒ möglich.

17. Wie beurteilen Sie Ihre aktuelle Lebensqualität?

- ☐ Sehr hoch
- ☐ Es gibt eigentlich wenig, was meine Lebensqualität einschränkt
- ☐ Ich bin zufrieden mit meinem Leben
- ☐ Ich genieße mein Leben trotz alters- und/oder krankheitsbedingter Einschränkungen
- ☐ Mein Leben ist mir zur Last geworden

Anderes:



18. Was macht Ihr Leben lebenswert?

- ☐ Familie
- ☐ Freunde, Bekannte
- ☐ Unabhängigkeit
- ☐ Geistige Leistungsfähigkeit
- ☐ Für andere da zu sein
- ☐ Arbeit
- ☐ Natur
- ☐ Sport
- ☐ Kultur
- ☐ Reisen

Anderes:

Ihr Kontakt zu uns

☎ 030 206 21 78-02/ -03/ -04
Mo, Di, Do 10–17 Uhr, Fr 10–14 Uhr
✉ mail@patientenverfuegung.de

19. Worauf möchten Sie im Leben keinesfalls verzichten?

- ☐ Ein selbstständiges Leben zu führen
- ☐ Soziale Kontakte zu haben, zu kommunizieren
- ☐ Bei geistiger Gesundheit zu sein
- ☐ Sportlich aktiv zu sein
- ☐ Von anderen Menschen unabhängig zu sein
- ☐ Körperlich mobil zu sein
- ☐ Genussvoll essen und trinken zu können
- ☐ Am kulturellen Leben teilzuhaben
- ☐ Für andere da sein zu können

Anderes:

20. Bei welchen Fähigkeiten bzw. in welchen Bereichen könnten Sie Einschränkungen oder dauerhafte Unterstützung akzeptieren?

- ☐ Körperliche Mobilität
- ☐ Körperpflege
- ☐ Kommunikation (auch Hören, Sehen)
- ☐ Nahrungsaufnahme
- ☐ Denk- und Urteilsvermögen
- ☐ Selbstständige Lebensführung

Anderes:

21. Können Sie Hilfe annehmen?

- ☐ Ich lasse mir gerne helfen
- ☐ Nur vorübergehend
- ☐ Nur wenn es unbedingt nötig ist
- ☐ Ich möchte anderen nicht zur Last fallen

Anderes:

22. Wann wäre das Leben für Sie nicht mehr lebenswert?

23. Welche Haltung haben Sie zum Tod?

- ☐ Der Tod ist das natürliche Ende des Lebens
- ☐ Ich glaube an eine jenseitige Welt
- ☐ Ich habe Angst vor dem Tod
- ☐ Der Tod ist ein hoffentlich entferntes Ereignis in der Zukunft
- ☐ Der Tod wäre mir eine Erlösung

Anderes:

24. Welche Wünsche haben Sie für Ihr Sterben?

- ☐ So schnell und schmerzlos wie möglich
- ☐ Bei Bewusstsein bis zuletzt
- ☐ Abschied nehmen zu können
- ☐ Nicht allein zu sein

Anderes:

„Oft erlebe ich, dass es Menschen schwerfällt, über Krankheit und Sterben nachzudenken. Dabei ist eine Patientenverfügung entscheidend, um die eigene Selbstbestimmung zu wahren.“

Hans-Peter T., Pflegedienstleiter



25. Wovor haben Sie Angst im Hinblick auf Ihr Sterben?

- ☐ Unbeherrschbare Schmerzen
- ☐ Leidvoller, langwieriger Sterbeprozess
- ☐ Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein
- ☐ Unzureichende Pflege
- ☐ Allein zu sein bzw. ohne Beistand
- ☐ Anonyme Umgebung

Anderes:

26. Was wünschen Sie sich für Ihre letzte Lebensphase?

- ☐ Würdevolle Behandlung
- ☐ Professionelle Versorgung
- ☐ Beistand durch Vertrauensperson(en)
- ☐ Ruhige Atmosphäre
- ☐ Keine künstliche Lebensverlängerung
- ☐ In der gewohnten Umgebung zu bleiben

Anderes:

27. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Sterben anderer Menschen gemacht?

28. Möchten Sie an dieser Stelle noch etwas anderes festhalten?

Ihr Kontakt zu uns

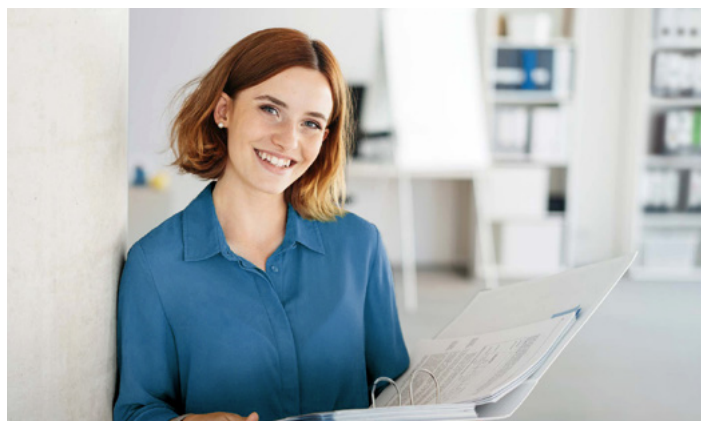
☎ 030 206 21 78-02/ -03/ -04
Mo, Di, Do 10–17 Uhr, Fr 10–14 Uhr
✉ mail@patientenverfuegung.de

Auftrag

Dringlichkeit

Ist die Erstellung Ihrer Dokumente eilig, zum Beispiel wegen eines geplanten Krankenhausaufenthalts?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja, ich benötige meine Patientenverfügung bis zum ...



Gebühren

- ☐ Ich überweise den Rechnungsbetrag von **20 Euro** nach Erhalt der unterschriftsreifen Dokumente. (Sie erhalten die Rechnung zusammen mit Ihren Dokumenten.)
- ☐ Ich überweise den Rechnungsbetrag von **70 Euro** (inklusive einer ausführlichen persönlichen Beratung) nach Erhalt der unterschriftsreifen Dokumente.

Hinterlegung

- ☐ Ich habe Interesse an einer Hinterlegung in der Zentralstelle Patientenverfügung.

Im Ernstfall sollte Ihre Patientenverfügung schnell verfügbar sein. Um dies zu gewährleisten, bieten wir Ihnen den **Service der Hinterlegung** in der Zentralstelle Patientenverfügung gegen eine Gebühr von 60 Euro pro Jahr.

Abweichende Lieferanschrift

- ☐ Meine Dokumente sollen an folgende abweichende Adresse gesendet werden (z. B. an eine Vertrauensperson):

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon(e)

E-Mail-Adresse

Haben Sie alle Fragen beantwortet? Bitte prüfen Sie nochmals alle Angaben.

- ☐ Hiermit beauftrage ich die Erstellung meiner Patientenverfügung. Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung der von mir angegebenen Daten ausschließlich zum Zweck der Abwicklung meines Auftrages einverstanden. Von mir benannte Personen, die in meine Vollmachten aufgenommen werden sollen, sind von mir über diese Regelung informiert und ebenfalls einverstanden. Die beigelegte Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und Ihren Auftrag!



Unser Service: Hinterlegung Ihrer Patientenverfügung

Im Ernstfall sollte Ihre Patientenverfügung schnell verfügbar sein, vor allem, wenn Sie keine Bevollmächtigten haben. Um dies zu gewährleisten, bieten wir Ihnen den Service der Hinterlegung in der Zentralstelle Patientenverfügung:

- Ihre Dokumente sind im Original bei uns hinterlegt und können an 365 Tagen im Jahr abgerufen werden, zum Beispiel durch Krankenhäuser.
- Wir erinnern Sie alle zwei Jahre daran, Ihre Dokumente zu prüfen und ggf. zu aktualisieren.
- Bei Änderungswünschen erstellen wir Ihnen kostenlos neue Dokumente.
- Sie erhalten einen Notfallpass mit den wichtigsten Angaben Ihrer Patientenverfügung für die ersten 48 Stunden nach einem Notfall.
- Wir beraten und unterstützen Ihre Angehörigen und Bevollmächtigten bei der Durchsetzung Ihrer Patientenverfügung.
- Hinterlegungsgebühr: 60 Euro pro Jahr, monatlich kündbar.

Mehr dazu unter patientenverfuegung.de/hinterlegung

Kontakt

Zentralstelle Patientenverfügung
des Humanistischen Verbandes
Berlin-Brandenburg KdÖR
Leipziger Str. 33 · 10117 Berlin

☎ **030 206 2178-02/-03/-04**

Montag, Dienstag, Donnerstag: 10–17 Uhr

Freitag: 10–14 Uhr

✉ mail@patientenverfuegung.de

www.patientenverfuegung.de



Verantwortliche Stelle

Humanistischer Verband Deutschlands
Landesverband Berlin-Brandenburg KdöR
Wallstraße 61–65, 10179 Berlin
Telefon: 030 613904-00
E-Mail: info@hvd-bb.de

Datenschutzbeauftragte*r

Althammer & Kill GmbH & Co. KG
Roscherstraße 7, 30161 Hannover
Kontakt: datenschutz@hvd-bb.de

Welche Daten erheben wir?

Stammdaten

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, ggf. E-Mail, Telefon
- Ggf. Bankdaten für Zahlungsabwicklung

Gesundheitsdaten (besondere Kategorien nach Art. 9 DSGVO)

- Behandlungswünsche und -ablehnungen in medizinischen Szenarien (z. B. Reanimation, künstliche Ernährung, Organspende)
- Ggf. Angaben zu bestehenden Erkrankungen und Diagnosen
- Wertvorstellungen, z. B. zu Lebensqualität und Lebensende
- Medikamentenwünsche und -ablehnungen

Angaben zu Dritten

- Namen und Kontaktdaten bevollmächtigter Personen
- Ggf. behandelnde Ärzt*innen bzw. Personen, deren Beistand gewünscht oder abgelehnt wird

Pflichtangaben und freiwillige Angaben

Zur Erstellung Ihrer Patientenverfügung zwingend erforderlich sind:

Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungswünsche und -ablehnungen in medizinischen Szenarien

Freiwillige Angaben

E-Mail-Adresse und Telefonnummer sind optional und dienen der Rückfrage bei Unklarheiten. Angaben zu bestehenden Erkrankungen und Diagnosen helfen bei der Individualisierung, sind aber nicht zwingend erforderlich.

Zu welchem Zweck verarbeiten wir Ihre Daten?

Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zur Beratung, Erstellung, Verwaltung und ggf. Aktualisierung Ihrer Patientenverfügung mit Vollmachten sowie zur Kontaktaufnahme während der Bearbeitung.

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO:
Vertragserfüllung bzw. vorvertragliche Maßnahmen
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 22 BDSG:
Verarbeitung von Gesundheitsdaten zu beratenden und Vorsorgezwecken unter fachlicher Verschwiegenheit (§ 203 StGB)

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern personenbezogene Daten nur so lange, wie sie für den jeweiligen Zweck erforderlich sind oder gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen (Art. 5 Abs. 1 lit. e DSGVO).

Datenart	Zweck	Frist / Löschung
Stammdaten	Beratung / Erstellung / Verwaltung der Patientenverfügung	1 Jahr nach Abschluss, dann Löschung
Gesundheitsdaten	Inhalt der Patientenverfügung	1 Jahr nach Abschluss, dann Löschung
Kontaktdaten Bevollmächtigte	Erstellung von Vollmachten	1 Jahr nach Abschluss, dann Löschung
Buchhaltungsdaten	Handels- / Steuerrecht	10 Jahre Aufbewahrung, dann Löschung / Anonymisierung

Nach Ablauf der jeweiligen Fristen werden die Daten sicher gelöscht oder anonymisiert, sofern keine anderweitigen rechtlichen Verpflichtungen zur längeren Aufbewahrung bestehen.

An wen geben wir Ihre Daten weiter?

- Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, außer ...
- dies ist zur Vertragsdurchführung zwingend erforderlich (z. B. Zahlungsdienstleister)
 - es besteht eine gesetzliche Verpflichtung

Auftragsverarbeiter

Für Hosting und IT-Betrieb setzen wir datenschutzkonforme Dienstleister mit Sitz in Deutschland/EU ein (Hetzner Online GmbH). Mit allen Dienstleistern bestehen Auftragsverarbeitungsverträge nach Art. 28 DSGVO.

Welche Datenschutzrechte haben Sie?

Sie haben jederzeit folgende Rechte:

- Auskunft über Ihre verarbeiteten Daten (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)
- Beschwerde bei der Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (Art. 77 DSGVO)

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an:
datenschutz@hvd-bb.de

Bearbeitungsfrist

Anträge werden unverzüglich, spätestens innerhalb eines Monats nach Eingang beantwortet.

Identitätsprüfung

Zur Wahrung des Datenschutzes behalten wir uns vor, vor Bearbeitung Ihre Identität zu überprüfen.

Datensicherheit

Ihre Daten werden ausschließlich auf Servern in Deutschland (EU) verarbeitet. Zugriff hat nur autorisiertes und dem Datenschutz verpflichtetes Personal.

Unsere Schutzmaßnahmen

- SSL-/TLS-Verschlüsselung bei Datenübermittlung
- Passwortbasierte Zugriffskontrollen
- Regelmäßige Sicherheits-Updates
- Gesonderte Sicherung von Gesundheitsdaten
- Verpflichtung auf Berufsgeheimnis nach § 203 StGB

Weitere Informationen

Die vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter:
<https://patientenverfuegung.de/datenschutz>

Stand: 1. 7. 2026